

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

# **Quando a ilusão se torna desilusão - Da imaginação criativa à construção delirante na adolescência**

**Maria Inês Paiva Sá dos Santos Pereira**

**2016**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

# **Quando a ilusão se torna desilusão - Da imaginação criativa à construção delirante na adolescência**

**Maria Inês Paiva Sá dos Santos Pereira**

**António Jorge Soares Antunes Nabais**

**2016**





## AGRADECIMENTOS

Mais do que um trabalho individual, este relatório traduz um percurso importante na minha vida pessoal e profissional. Tal como a própria “estrada da vida”, com cruzamentos e ruas sem saída, em que necessariamente temos de decidir que rumo tomar, o caminho percorrido trouxe-me aqui, onde acredito ter encontrado um lugar. Obrigada a todos os que me ajudaram nesta viagem (e porque a melhor maneira de viajar é sentir) ...

A ti Miguel, pelo apoio e carinho nos momentos mais difíceis e por seres sempre “o meu lugar certo”.

À minha família, em especial aos meus pais, que sempre me incentivaram a ir mais além.

Aos meus amigos e “*groupmates*”, em especial ao Ricardo, Irina e António pelo suporte, partilha e momentos de reflexão.

A todas as equipas do CHLC do departamento de Medicina, com quem trabalho e já tive oportunidade de trabalhar, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, que me fez chegar aqui.

À equipa multidisciplinar com quem me cruzei, pela aprendizagem e contributos proporcionados – obrigada por me mostrarem o melhor da Enfermagem de Saúde Mental.

Finalmente, agradeço a orientação do Professor António Nabais, pela disponibilidade, por me ter desafiado neste repto, pelo entusiasmo, pela partilha de saber e conhecimento e por me ter incitado a procurar o melhor de mim.

Às crianças e adolescentes que mais me ensinaram e tornaram isto possível...





### “Domador de Dinossauros e Outras Criaturas”

“Um espectáculo incrível  
que não pode perder.

Este jovem é domador de ferozes criaturas  
que ninguém consegue ver.

É um feito notável, mas ele está habituado,  
aprendeu sozinho, sem nunca ter sido treinado.  
É pena serem monstros que mantêm em segredo,  
está em constante luta, mas tem sempre medo.

Medo de não conseguir domá-los a todos,  
pois só tem uma cadeira,  
e por mais que tente fugir,  
eles arranjam sempre uma maneira.

Maneira de atacar, as bestas esfomeadas,  
Por isso, que escolha tem?  
Se não, tentar amansá-las...

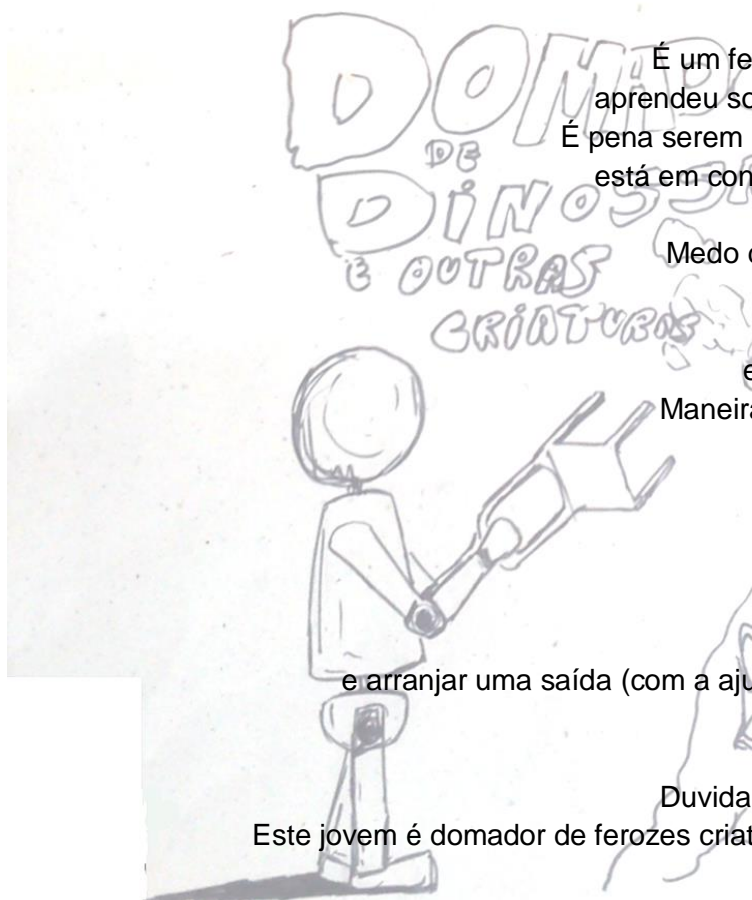
Põe em perigo a sua saúde,  
arrisca a sua vida.

Mas vai vencê-los a todos  
e arranjar uma saída (com a ajuda dos amigos da pedopsiquiatria).

Não é nenhum Hércules,  
está bem longe de o ser.

Duvida muito de si e passa a vida a sofrer.

Este jovem é domador de ferozes criaturas que **ninguém consegue ver.**”







## RESUMO

Este relatório surge do desenvolvimento de um projeto de estágio no âmbito da especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, visando o desenvolvimento e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

Situou-se a intervenção na transição da infância para a adolescência, uma das transições mais significativas do desenvolvimento humano, pautada por mudanças psíquicas geradoras de tensão. Inerente à vivência de períodos de angústia acrescida, existe uma maior propensão para o aparecimento de transtornos mentais, que se podem manifestar pela distorção da realidade, na apresentação de sintomatologia delirante e alucinatória. Tendo em conta que, frequentemente, o primeiro episódio psicótico ocorre na adolescência, período essencial na construção da identidade, um surto psicótico pode causar uma séria disrupção com o dia-a-dia, pelo que importa apostar na avaliação e intervenção precoces.

Os objetivos deste projeto foram conhecer o processo de avaliação do delírio e alucinação na população alvo, assim como desenvolver intervenções terapêuticas a crianças e adolescentes com a respetiva sintomatologia. A identificação dos sinais prévios torna-se uma questão, devido à especificidade das alterações da adolescência e à sua semelhança à sintomatologia psicótica, traduzindo-se em experiências, pensamentos e comportamentos subjetivos, o que dificulta a sua avaliação, nomeadamente, através da aplicação de instrumentos de medida.

Por ser uma problemática que parece suscitar dúvidas junto dos Enfermeiros, identifica-se a necessidade de uma intervenção especializada, com enfoque na relação terapêutica, vista por vários autores como a estratégia mais promissora na prevenção da psicose. Os estágios realizados proporcionaram o desenvolvimento de competências ao nível das intervenções de Enfermagem de âmbito psicoterapêutico na avaliação e intervenção junto de adolescentes com sintomatologia delirante e/ou alucinatória.

**Palavras-Chave:** Adolescência; Enfermagem de Saúde Mental; Relação Terapêutica; Delírio; Alucinação.



## **ABSTRACT**

This report is a result of an internship in Mental Health Nursing and Psychiatry, for the development and consolidation of specific skills of the Specialist Nurse in Mental Health.

The intervention stood in the transition from childhood to adolescence, one of the most significant transitions of human development, guided by generating psychic changes that cause tension. Inherent to the experience of increased anxiety and distress periods, there is a greater tendency for the development of mental disorders that may result in a reality distortion as well as delusional and hallucinatory symptoms. Given that, often the first psychotic episode occurs in adolescence, an essential period in the construction of identity, a psychotic episode can cause a serious disruption to the day-to-day and realization of future plans, therefore it is very important to have an early intervention.

The purpose of this project was to understand the evaluation process of delusion and hallucination in the target population and to develop therapeutic interventions for children and adolescents with those symptoms.

The diagnose becomes an issue due to the specificity of adolescence changes and its resemblance to psychotic symptoms, resulting in experiences, thoughts and subjective behavior, making it difficult to review, in particular, by applying measuring instruments.

Because it is a problem that seems to raise doubts among nurses, it becomes clear the need for specialized nursing intervention, focusing on the therapeutic relationship, seen by many authors as the most promising strategy in the prevention of psychosis.

The internships carried out provided the development of skills in the psychotherapeutic context of nursing interventions in the assessment and intervention with adolescents with delusional and / or hallucinatory symptoms.

**Key-Words:** Adolescence; Mental Health Nursing; Therapeutic Relationship; Delusion; Hallucination



## **SIGLAS**

**APA** - *American Psychiatric Association*

**CHLC** - Centro Hospitalar de Lisboa Central

**CNRSSM** - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

**EEESMP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**EESMP** - Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**EPE** - Entidade Pública Empresarial

**UIP** – Unidade de Internamento Parcial

**NIMH** - *National Institute for Mental Health*

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**RCEEEESM** – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	18
1.1. Justificação e Pertinência .....	18
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	21
2.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Adolescência enquanto <i>Transição</i> .....	21
2.2. Adolescência: Crise ou Estado Psicótico? .....	26
2.3. Da Fantasia na Infância à Construção Delirante na Adolescência .....	29
2.4. Avaliação e Intervenção Precoces .....	35
3. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO .....	38
4. INTERVENÇÕES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	40
4.1. Estágio em Contexto Hospitalar.....	40
4.1.1. Intervenções Terapêuticas Individuais .....	42
4.1.2. Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Delírio e Alucinação, em Crise .....	57
4.2. Estágio em Contexto de Ambulatório .....	60
4.2.1. Intervenções Terapêuticas em Grupo .....	61
5. CONCLUSÃO .....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Atividades desenvolvidas e recursos mobilizados	51
<b>Quadro 2</b>	Proposta de Intervenção de Enfermagem especializada junto do cliente com <b>delírio</b> e <b>alucinação</b> , em crise	53



## INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surge do desenvolvimento do projeto de estágio no âmbito do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. A Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) implica não só, uma mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos durante as aulas e pesquisa pessoal posterior, mas também a participação ativa em estágio onde nos confrontamos com a realidade da prática da Enfermagem nesta área. Esta participação deverá ir ao encontro das necessidades dos utentes, implicando para tal, uma cuidada elaboração de um plano pertinente que vise dar resposta às mesmas, não devendo menosprezar as minhas necessidades individuais de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira em contexto formativo.

Após completar seis anos de experiência profissional na área da Medicina Interna do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), Entidade Pública Empresarial (EPE), decidi iniciar o meu percurso neste Mestrado, sendo questionada acerca da sua pertinência em diversas ocasiões. O plano de ação proposto pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM) (2007-2016) aponta para um aumento significativo dos problemas de saúde mental no futuro. Tendo em conta que “Cerca de 20% dos hospitalizados tem uma perturbação depressiva ou da ansiedade concomitante com a sua doença médica, 10% têm um problema significativo com abuso de álcool e um quarto dos idosos internados tem um episódio de *delirium*” (Harrison, Geddes e Sharpe, 2006, p. 363), fez-me todo o sentido desenvolver novas capacidades e competências de intervenção, partindo da premissa de Benner (2001), de que o saber e o saber fazer podem ser desenvolvidos e melhorados através da mobilização de estratégias. A presença e o impacto do diagnóstico psiquiátrico são frequentes; utentes e famílias que enfrentam diagnósticos de doenças infecciosas e oncológicas que põem em causa estilos de vida e trazem a inevitabilidade da morte, entre outras, fazem-me pensar muitas vezes acerca da forma como reagimos perante o outro, pelo que, para além de “fazer sentido”, também foi sentido como uma necessidade pessoal. A saúde mental é transversal a todos, e quando em desequilíbrio, afeta a pessoa em todas as suas dimensões. Por sua vez, a Enfermagem

é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4º, p. 2960).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem enunciam que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011, p. 8). Para Watson (2002), a Pessoa é vista como “um ser-no-mundo”, formada por mente, corpo e alma, sendo que a pessoa com doença mental vivencia um momento de desintegração do seu *self*, provocando dificuldade em interagir de forma adaptativa com o meio. O Enfermeiro é o elemento que promove o equilíbrio entre as três partes, considerando as necessidades da Pessoa, transformando-a e transformando-se a ele por meio de uma relação de cuidado. É nesta relação interpessoal que se desenvolve a relação terapêutica, ocupando um lugar central na prática de cuidados de Enfermagem de saúde mental, pois transporta em si, o conjunto das intencionalidades que o processo de cuidados implica. No âmbito de uma prática profissional de enfermagem especializada, trata-se de desenvolver uma relação terapêutica, suportada por conhecimentos científicos, técnicos e éticos e promotora da saúde mental do cliente.

Este documento centra a sua problemática numa temática que suscitou interesse e curiosidade de aprofundar, a ideação delirante no adolescente, e ainda que, inicialmente, pudessem ter surgido algumas dúvidas face ao desafio que me coloquei, considero ter sido de grande relevância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. De acordo com Braconnier e Marcelli (2005), as psicoses delirantes agudas na adolescência, em particular os surtos delirantes agudos, representam um problema psicopatológico muito interessante. O delírio surge como o processo mais organizado da loucura e foi sempre a problemática mais fascinante e delicada da Psiquiatria (Vidigal, 2006). Tendo em conta que o diagnóstico diferencial acerca da construção delirante e atividade alucinatória são questões que se levantam na Pedopsiquiatria (farão parte da crise de desenvolvimento ou serão patologia?), foi muito interessante desenvolver conhecimento e novas capacidades de intervenção numa área desconhecida para mim até então. Assim, procurei

desenvolver-me mais e adquirir experiência e conhecimento clínico nesta área, unindo os conhecimentos práticos simples, aos conhecimentos teóricos brutos (Benner, 2001).

O percurso percorrido durante a EESMP remete para a evidência da prestação de cuidados de enfermagem especializados, emergindo a importância de pensar e refletir sobre a prática e os pressupostos que a orientam, sendo o contexto clínico um meio privilegiado para a reflexão do vivido, do experienciado. O perfil de competências delineado pela OE (2010) constitui uma orientação clara para o percurso formativo na EESMP. Para o desenvolvimento e consolidação destas competências, o estágio foi fundamental por proporcionar uma experiência formativa enriquecedora, tendo decorrido numa Unidade de Internamento no período de 30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013 e numa Unidade de Internamento Parcial (UIP), de 6 de Janeiro a 27 de Março de 2014. O estágio em contexto de internamento constitui-se como parte central do presente trabalho, na medida em que se pretendeu conhecer o processo de avaliação do delírio e alucinação na criança e adolescente, assim como desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à população alvo com sintomatologia delirante e/ou alucinatória, em situação de crise. Relativamente ao estágio em contexto de ambulatório, incidiu-se atenção na realização das diferentes vertentes de intervenção a fim de dar resposta às problemáticas do adolescente e do grupo. As intervenções realizadas em ambos os estágios foram de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico, sob uma prática tutelada por um EEESMP.

Este relatório surge da reflexão entre o que foi proposto no trabalho de projeto e o desenvolvido ao longo do percurso de estágio. Deste modo, é feito um enquadramento teórico conceptual, justificando a problemática abordada, sustentada por um paradigma de Enfermagem – Modelo das Transições de Afaf Meleis, bem como numa revisão da literatura; segue-se o planeamento e relatam-se as intervenções realizadas, com respetiva discussão dos resultados e reflexões que daí advieram, bem como a mobilização das competências específicas previstas na EESMP. Por fim, a conclusão, onde serão apresentadas as limitações do trabalho e questões emergentes.

# 1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

## 1.1. Justificação e Pertinência

A proposta do plano de ação da CNRSSM (2007-2016) salienta a importância de dar prioridade à saúde mental das crianças e adolescentes e a necessidade de profissionais com formação nesta área, o que permite aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade a prestar aos cidadãos (OE, 2010). Por sua vez, a *American Academy of child and Adolescent Psychiatry* e a Organização Mundial de Saúde enunciadas no mesmo documento, apontam que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de transtornos mentais, que apesar de não preencherem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, encontram-se em sofrimento e a necessitar de intervenções especializadas, pelo que importa apostar na prevenção do estabelecimento e/ou manutenção da doença.

Alerta-se também, para o facto de que a maioria das crianças referenciadas não recebe tratamento especializado, evoluindo para a idade adulta com processos de doença instalados e consequentes implicações pessoais e sociais. Convém considerar que muitas das patologias do foro mental são recorrentes e crónicas e várias são incapacitantes na idade adulta, pelo que é premente a prevenção, tendo enfoque na área da infância e adolescência. O mesmo relatório reforça ainda a urgência na criação de programas capazes de dar respostas às necessidades de cuidados da infância e adolescência a nível primário e secundário. Certa de que os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde mental, a sua promoção junto das crianças e adolescentes é um investimento no futuro.

A adolescência é um período pautado por mudanças psíquicas, tão importantes como as transformações físicas da puberdade, o que leva autores como Braconnier e Marcelli (2005, p. 37) a referir que “(...) a insistência nas transformações físicas da puberdade levou a descrever um verdadeiro processo psíquico designado sob o substantivo de «pubertário», que seria para a psique o que a puberdade é para o corpo (...)”. Dependendo das vivências anteriores, a tensão aqui criada poderá ser origem de perturbações. Para alguns autores, a adolescência é teorizada como “um

processo de separação-individuação”, sendo que a psicopatologia da adolescência é aqui concebida como reveladora das “falhas” deixadas em suspenso na infância, sendo que um acontecimento na adolescência não pode ser compreendido e não tem sentido sem o significado de acontecimentos passados (Braconnier e Marcelli, 2005).

Segundo Erikson (1963) a adolescência é marcada pela crise de identidade, sendo o principal objetivo desta fase a sua resolução (Weiner, 1995). Se tal não suceder, a consequência será aquilo a que o autor chama de identidade difusa. “A difusão da identidade refere-se a algo semelhante a uma amnésia constante ou a uma peregrinação perpétua sobre a superfície da terra, em busca do eu” (Sprinthall e Collins, 2008, p. 200). Assim, o adolescente fica desprotegido face a um *stress* intenso e, portanto, mais vulnerável ao desespero. “Isto pode concorrer para um repúdio transitório de crenças e de valores aprendidos que leva a um déficit de pontos de referência e de suporte na origem de sentimentos de perda” (Saraiva, 2006, p. 148). Desta forma, torna-se propício o desenvolvimento de perturbação mental. A partir de questões nucleares do “Quem sou eu?” e do “Para onde vou?” logo ressurgem intensamente nos adolescentes a autocontemplação, com consequentes dúvidas e angústias sobre o corpo e o psiquismo. “Preocupados com a beleza e a fealdade, com o poder e a fraqueza, às vezes engrandecem-se, outras vezes odeiam-se” (Saraiva, 2006, p. 142).

Perante todas estas modificações individuais e exigências do meio, o adolescente experimenta por vezes uma incapacidade de sentir realização e uma sensação de desinteresse, conduzindo por vezes a tentativas desesperadas para controlar a situação, surgindo por vezes episódios de delinquência ou outras manifestações roçando a psicose (Braconnier e Marcelli, 2005). Sprinthall e Collins (2008) salientam a importância do trabalho de Anna Freud com adolescentes, classificando os sistemas de defesas psicológicas mais comum nesta fase, surgindo como forma de responder às necessidades do ambiente. Todos os seres humanos utilizam defesas psicológicas como estratégia adaptativa, a questão importante prende-se com o facto de que este sistema protetor distorce a realidade. Um estudo feito por Rajapakse, Garcia-Rosales, Weerawardene, Cotton e Fraser (2011), conclui que a

ansiedade e angústia vividas na adolescência parecem influenciar a apresentação da sintomatologia alucinatória e delirante.

Perante atitudes por vezes estranhas e atos ocasionalmente excêntricos, o diagnóstico diferencial é uma questão em Psiquiatria, sendo que muitas vezes só a evolução permitirá estabelecer um diagnóstico, o que dificulta ainda mais o processo, visto as perturbações estarem a começar (Braconnier e Marcelli, 2005).

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 2.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Adolescência enquanto *Transição*

“*Ser cuidado...cuidar de si próprio...cuidar...* (...) Cuidar é, e será sempre indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social.” (Collière, 1999, p.15). A mesma autora refere que a vida é marcada por uma sucessão de etapas, várias passagens que a constituem, que requerem cuidados para serem transpostas. Estas passagens compreendem-se por acontecimentos determinantes na vida, havendo uma mudança, em que esta deixa de ser exatamente como era. Estes eventos de vida são constituídos por determinantes biológicas e ambientais, sendo vividos de forma única por cada pessoa, não sendo somente os processos de saúde-doença a requerer cuidados, mas existem fases, tais como a infância, a maternidade e a adolescência, a necessitar de uma atenção cuidada especializada. Nesta perspetiva, Afaf Meleis introduz um conceito importante e central na Enfermagem, na compreensão da mudança, do desenvolvimento, do aspeto dinâmico e holístico da pessoa – *transição*.

Para Afaf Meleis (2005) a transição remete para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social. As passagens entre as várias etapas da vida implicam assim um processo de luto para com a fase anterior. As transições podem estar ligadas aos estágios da idade, aos eventos inesperados, às experiências de doença, às carreiras profissionais, todas com íntima relação com o ambiente. As respostas de quem vivencia transições são variadas, incluindo aspetos internos e externos que circundam este momento.

De acordo com a teórica, a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e redefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida, tendo implícito um processo psicológico que envolve a adaptação à nova fase, face aos eventos perturbadores. Durante o período de mudança, o indivíduo vai adquirindo novos conhecimentos e capacidades. Se por um lado, podem causar

sentimento de perda, por outro, podem ser mudanças agradáveis e beneficiadoras para a pessoa, uma vez que esta vai adquirindo novas competências adaptativas e novos conhecimentos.

A autora salienta três tipos de transições centrais para a prática de Enfermagem, sendo possível enquadrá-las em simultâneo no nosso objeto de estudo: as transições de desenvolvimento (associadas às teorias de desenvolvimento ou ao ciclo vital, integradas no crescimento da pessoa e às alterações/redefinição de papéis implícitas), as situacionais (relacionadas com alterações/redefinição de papéis), ou as de saúde/doença (relacionadas com mudanças repentinas nos papéis associadas a processos patológicos) (Meleis, 2010). Os significados, as expectativas, o nível de conhecimento e de capacidade, o ambiente, o nível de planeamento e o bem-estar físico e psíquico, poderão ser facilitadores ou obstáculos à experiência da transição. Desta forma, uma transição pode envolver uma mudança no estado de saúde, requerer uma alteração de papéis, que a pessoa assimile novos conhecimentos, que altere comportamentos ou até que reformule a definição do *self* num contexto social (Meleis, 2005).

A adolescência traduz um período de desenvolvimento, marcado pela presença de processos psíquicos e relacionais, em que se operam mudanças significativas associadas à idade, alteração de papéis, e quando presente, a experiência de doença. Braconnier e Marcelli (2005) referem-se à adolescência como um movimento de transição de criança para a fase adulta. Este movimento significa por um lado, a negação da infância e, por outro, a procura de uma nova estabilidade como adulto. Esta dualidade é caracterizadora da “crise” do processo psíquico do adolescente, que vivencia um período de conhecimento de si. Também Sampaio (2010) refere que a construção da identidade adulta, que aqui se inicia, implica uma série de perdas como o corpo infantil ou a condescendência com a condição de criança e os pais da infância, sendo que, a estas perdas se acrescem as dificuldades de se configurar a imagem corporal num corpo em constante transformação, sobre a qual não há controlo. Nesta fase de mudança, colocam-se ao adolescente duas tarefas de desenvolvimento: a autonomia em relação aos pais e a construção da sua identidade. Esta autonomia dar-se-á através de uma maior interdependência em relação aos pais e um maior envolvimento emocional com os



seus pares. Assim, na adolescência, o jovem “tem de «se separar» dos pais, mas esta mesma necessidade fá-lo sentir uma outra ameaça: a de «se perder»” (Braconnier e Marcelli, 2000, p. 64).

A adolescência é também um período pautado por mudanças cognitivas. Piaget (2000), distinguindo um conjunto de estádios no desenvolvimento da inteligência, caracteriza a adolescência como o período de surgimento da inteligência operatória formal. Do mesmo modo que a criança, que acede ao primeiro estádio do pensamento operatório, brinca com as suas novas faculdades, também o adolescente vê abrir-se o imenso campo do possível, onde o pensamento se pode manifestar sem suporte concreto (Braconnier e Marcelli, 2005). Assim sendo, o jovem tem agora capacidade para formular teorias abstratas e sistemas, ele “pensa concretamente, problema após problema, à medida que a realidade os propõe, e não liga as suas soluções por meio de teorias gerais que isolassem o princípio” (Piaget, 2000, p. 90). A evolução do pensamento concreto próprio da segunda infância dá-se assim, de forma contínua, para o pensamento formal, permitindo ao jovem “manipular conceitos abstratos, separar conteúdos de contextos, formular hipóteses” (Saraiva, 2006, p. 141). O adolescente inicia agora planos, muitas vezes com características altruístas, megalómanas e egocêntricas. A relação com o mundo é assim alterada: o real é subordinado ao possível, em vez do possível se manifestar como forma de prolongamento do real (Braconnier e Marcelli, 2005).

Erikson (1963) aborda a adolescência como uma transição desenvolvimentista, designada pela formação da identidade, emergindo o conceito de *crise de identidade*, sendo o processo através do qual os adolescentes alcançam uma compreensão acerca do tipo de pessoa que são, daquilo em que acreditam e do que querem fazer da sua vida (Weiner, 1995). Erikson (1968), fala da crise sob o seu aspeto psicossocial, sendo que o jovem é confrontado com uma série de experiências que exigem uma escolha, tais como decisões a nível escolar e futuro profissional, escolha do companheiro/a com quem partilhar a sua intimidade e escolha de uma definição psicossocial de si mesmo (Braconnier e Marcelli, 2005). Sendo um momento de reorganização psíquica, em que o adolescente vive mudanças, contradições e conflitos, a sua resolução estará em aberto, podendo culminar numa desilusão, ou pelo contrário, numa conquista de si.

O adolescente vai vivenciar mais do que uma transição simultaneamente, o que alerta para uma eventual perda de equilíbrio devido à vulnerabilidade proveniente da etapa de desenvolvimento, mas também fruto da doença, o que engloba eventos críticos ou pontos de viragem. Durante a transição originam-se comportamentos que podem ou não ser observáveis. Poderá emergir *stress*, desorientação, ansiedade, irritabilidade, mudanças no auto-conceito e auto-estima, entre outros, que parecem emergir por si só na adolescência enquanto crise, sobrepondo-se na presença da doença mental e aumentando a complexidade do fenómeno, que conflui em respostas variadas e individuais. Cabe ao enfermeiro conhecer estes padrões, por forma a implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que o adolescente aqui vivencia.

De acordo com Meleis (2005), a transição não é apenas uma mudança mas sim o processo que é necessário percorrer para integrar essa mudança, afigurando-se como um movimento de adaptação à mudança que procura a interiorização de um novo estadio. O cuidado de Enfermagem segundo o Modelo das Transições, conduz à busca de um modelo mais humanista, de totalidade do ser, de integralidade, de interdisciplinaridade, surgindo da consciencialização do enfermeiro ao desvendar a compreensão do cliente enquanto vivencia o processo transicional.

Na Teoria das Transições, a autora identifica outros conceitos estruturantes para a disciplina de Enfermagem, para além do conceito de *transição*: Cliente, Interação, Ambiente, Processo de Enfermagem, Intervenções Terapêuticas e Saúde. Segundo Meleis (2005, p. 106)

*it is proposed that the nurse interacts (interaction) with a human being in a health/illness situation (nursing client) who is in an integral part of his sociocultural context (environment) and who is in some sort of transition or is anticipating a transition (transition); the nurse-patient interactions are organized around some purpose (nursing process, problem solving, holistic assessment, or caring actions), and the nurse uses some actions (nursing therapeutics) to enhance, bring about, or facilitate health (health).*

Percebe-se desta forma, a implicação de cada um destes elementos e a sua pertinência para a Enfermagem.

Segundo Meleis (2005), a *interação* é um dos conceitos principais, uma vez que o cliente se encontra em constante interação com o meio, o que justifica que o enfermeiro não se centre apenas na pessoa, mas também na monitorização, regulação, manutenção e mudança do ambiente. A teórica ressalta que é através da interação que o enfermeiro avalia as necessidades e recursos do cliente, e desenvolve as intervenções terapêuticas. Da premissa do modelo, destaca-se uma relação interpessoal sob uma perspetiva centrada no outro. O objetivo da intervenção do enfermeiro consiste na pessoa que, no momento de interação, tem um problema que de alguma forma a impede de crescer no seu desenvolvimento pessoal e apela à necessidade de ajuda por parte de outrem (Phaneuf, 2004). Esta perspetiva de abordagem centrada na pessoa vai de encontro ao “Cuidar a pessoa numa situação particular da sua vida” *versus* “prestar cuidados a um corpo atingido pela doença” (Hesbeen, 2001).

O Cuidar da pessoa resulta das ações ou atividades de Enfermagem, intencionais, que caracterizam as intervenções terapêuticas e constituem o cerne do processo de Enfermagem, que por sua vez pressupõe uma avaliação, um diagnóstico e planeamento dessas mesmas intervenções, com base num modelo teórico. Deste modo, o Cuidar, resultante do encontro entre a pessoa e o profissional que cuida e cuja intenção é de a ajudar, e que por sua vez precisa de ser ajudada, tendo em conta a sua integralidade e complexidade ganha o verdadeiro sentido, ao invés do “prestar cuidados” (Hesbeen, 2001). Estas intervenções de Enfermagem pretendem maximizar as capacidades do cliente e contribuir para a restauração dos níveis ótimos de saúde, funcionalidade e auto-realização (Meleis, 2005).

Esta fase de transição é vivida pelo adolescente com sentimentos muito ambíguos, como por exemplo entre a perda do corpo infantil e os ganhos da autonomia, constatando-se na fragilidade dos vínculos afetivos e na vulnerabilidade da sua identidade individual e social. Inerente a esta fragilidade e à vivência de períodos de angústia acrescida, encontra-se uma maior propensão para o desenvolvimento de patologia do foro mental, que quando instalada, se pode manifestar pela distorção da realidade. Sendo a adolescência um momento de reorganização psíquica, em que o adolescente vive mudanças, contradições e conflitos, a sua resolução estará

em aberto, podendo culminar numa desilusão, ou pelo contrário, numa conquista de si. Certa da complexidade crescente da prestação de cuidados, este paradigma parece surgir como essencial na Enfermagem, permitindo uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes fases do seu ciclo de vida.

## **2.2. Adolescência: Crise ou Estado Psicótico?**

A Juventude é o período de consolidação da identidade, querendo com isto dizer-se que a identidade adquire não uma forma definitiva, ancilosada e ancilosante, mas um fundo definido de ser sexuado e pessoa social – com um corpo bem delimitado, uma função biológica específica e uma intenção transformadora do meio, que resumem a substância e o destino do Homem (...) (Coimbra de Matos, 2002, p. 83).

Sendo uma época de grandes mudanças físicas e psicológicas, o corpo assume uma série de transformações, tanto que “o interesse pelo corpo, mais rigorosamente o investimento da sua imagem, é fenómeno saliente na adolescência” (Coimbra de Matos, 2002, p.157). Cordeiro (2009) salienta que estas modificações psicológicas e corporais serão tanto mais marcantes, quanto existe uma verdadeira desarmonia evolutiva, sendo sobre estes dois sistemas de referência (corpo e família) que se processam estas transformações. Deste modo, importará compreender as repercussões desta desarmonia, integrando as vivências no desenvolvimento infantil. Percebe-se assim, que o modo como o adolescente se vinculou com os pais durante a sua infância é um fator que influenciará a sua forma de enfrentar os desafios colocados pelo próprio processo de crescimento inerente a qualquer ser humano e, particularmente, na adolescência.

Torna-se especialmente importante, a teoria da vinculação de Bowlby (1982) que defende que “o modo como as ligações afetivas e emocionais se organizam na infância influenciam as capacidades do indivíduo para lidar, com uma certa flexibilidade, com acontecimentos de vida negativos” (Saraiva, 2006, p. 145). A percepção que os filhos têm acerca da forma como são tratados pelos pais terá influência na facilitação deste processo de autonomia, na sua representação de si próprios e na construção da sua identidade psicossocial (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos e Ordaz, 2000). Weiner (1995, p.5) acrescenta que os

desafios da formação de uma identidade podem levar os jovens a “comportar-se de maneiras inconsistentes e desajustadas (...) de modo que os distúrbios e a aparente psicopatologia se tornem características normativas” desta fase.

Cordeiro (2009) atesta a complexidade da diferenciação entre um comportamento evolutivo e adaptativo na adolescência e um comportamento patológico. Braconnier e Marcelli (2005) concordam, salientando que, mais do que em qualquer outra idade, a problemática do normal e do patológico coloca-se com acuidade na adolescência. Com efeito, parece ser mais fácil delimitar a patologia do que a normalidade na base da importância dos sintomas, dos conflitos e das reações de defesa (Cramer, 1972, citado por Cordeiro, 2009). Já Moshman (2011) salienta “*adolescents are young adults, not immature brains*”. Parece existir uma teorização acerca de um fenómeno associado à idade, como se fosse um resultado previsível do cérebro jovem. O autor descreve algumas categorias associadas frequentemente à adolescência e que não são diferentes na idade adulta, tais como, o egocentrismo, a irracionalidade, a propensão para correr riscos, traduzindo teorias por vezes reducionistas e deterministas, uma vez que o comportamento de diferentes pessoas em diferentes contextos não pode ser previsível.

Winnicott (s. d.) compara certos elementos do processo da adolescência aos que se observam no psicótico, sendo que em ambos existe uma flutuação do equilíbrio emocional associado a tendências para humor depressivo e disfórico e para uma ansiedade usurpadora (Braconnier e Marcelli, 2005). Anna Freud (1946) reporta-se à adolescência como uma interrupção num crescimento até aí pacífico, surgindo uma série de transformações físicas e perturbações emocionais, sendo que, “estas manifestações se assemelham muito à sintomatologia de tipo neurótico, psicótico e dissocial e podem mesmo confundir-se com estados pré-psicóticos e com todas as formas iniciais da maior parte das doenças mentais” (Cordeiro, 2009, p.225). A adoção de certas atitudes de defesa primitivas, conforme descreve Anna Freud, também nos remete para esta similaridade. Braconnier e Marcelli (2005) referem que todos os autores que se debruçaram sobre a adolescência recorreram a uma terminologia com inspiração na patologia para a compreensão desta fase, o que esbate ainda mais a fronteira entre o dito normal e o patológico. Parece existir uma

real semelhança entre a crise na adolescência, necessária, maturativa e estruturante e uma eventual organização patológica.

Segundo Widlöcher (1976) citado pelos autores acima referidos, a solução deste paradoxo consiste numa melhor compreensão dos comportamentos do adolescente, em que não pode existir separação entre os comportamentos que seriam testemunho de uma patologia e os comportamentos-expressão de patologia normal. *“To see adolescents instead as irrational brains on the road to rational maturity is to succumb to all the fallacies...”* (Moshman, 2011, p.173). Assim, “um determinado sintoma extremamente inquietante inscreve-se num sistema de comportamentos fluídos, e um outro num sistema rígido e perfeitamente formado num ponto de vista psicopatológico” (Braconnier e Marcelli, 2005, p.82). Também Blos e Laufer (s. d.) dão continuidade a esta perspectiva, de que

a distinção entre o *stress* normal temporário e as perturbações psíquicas pode parecer doentia se tivermos em consideração apenas um fenómeno isolado, uma atitude ou comportamento determinados. Pelo contrário, a avaliação do funcionamento global da personalidade permite geralmente identificar as interferências e de precisar o risco de que possam impedir a continuação da evolução em direção à idade adulta (Braconnier e Marcelli, 2005, p.82).

Deste modo, importa conhecer o jovem, a sua história, os seus antecedentes e o seu significado no seu funcionamento mental. A. Freud (1946) refere que a crise vivenciada na adolescência pode evoluir num sentido desfavorável quando se observa no adolescente uma restrição de atividades ou de investimentos, bem como, se não se der uma nova organização psicológica (Cordeiro, 2009). Tal como acontece nas crianças, será fácil reconhecer um comportamento agressivo e intenso nos adolescentes, contudo, um comportamento de alienação e afastamento intenso também pode ser um indicador de necessidade de acompanhamento. É fundamental compreender o que se encontra por trás de sintomas tais como uma inibição, uma perda de contacto com a realidade, uma vez que determinadas perturbações da primeira infância parecem resolver-se na segunda infância e posteriormente revelam-se durante a crise na adolescência (Cordeiro, 2009).

Garmezy (1978) citado por (Sprinthall e Collins, 2008, p.528) realça a importância de uma atitude cautelosa face ao estabelecimento de um diagnóstico psiquiátrico na

adolescência, uma vez que sendo uma fase em que tantas mudanças ocorrem, um “rótulo invalidante” poderá ter consequências nefastas.

Independentemente de comportamentos delinquentes ou de manifestações que se assemelham ao psicótico, espera-se que haja reversibilidade destes estados. Será pois expectável que, o adolescente no ponto máximo da sua “crise” mantenha um contacto adequado com a realidade. “O grau em que a realidade é distorcida depende do número de defesas que a pessoa utiliza e da frequência com que o faz” (Sprinthall e Collins, 2008, p.528). Quando estes estados se fixam e organizam de forma rígida, existe um ambiente propício ao desenvolvimento psicopatológico (Braconnier e Marcelli, 2005). A distinção entre crise na adolescência e estado psicótico parece pois difícil, se se tiver em consideração apenas um dado comportamento isolado.

### **2.3. Da Fantasia na Infância à Construção Delirante na Adolescência**

“Sempre a mesma inversão: o que o mundo tem por objectivo, tenho-o eu por factício, e o que ele tem como loucura, ilusão, erro, tenho-o eu por verdade” (Barthes, 1977, citado por Bracinha Vieira, 1979, p.423).

A literatura sugere existir continuidade clínica e biológica entre as formas de perturbação com início muito precoce e na idade adulta, o que nos faz alertar para as “crianças suspeitas”. Estudos suportados pelo *National Institute for Mental Health* (NIMH) (2003) vieram atestar que é fundamental compreender o fenómeno da psicose até mesmo nas crianças mais novas, havendo necessidade de se apostar na formação acerca do reconhecimento do delírio e alucinações patológicas na criança e adolescente (Tilman, Geller, Klages, Corrigan, Bolhofner e Zimerman, 2008). Vidigal (2006) alerta que alguns dos quadro clínicos iniciais na adolescência podem ser encontrados na criança antes dos 10 anos de idade. Contudo, de acordo com a maioria dos autores, os estados delirantes na criança só aparecem depois dos 6 anos, sendo que até então, se tratam de sentimentos delirantes.

O termo delírio parece ser vasto e revestido de demasiadas significações, para que se possa delimitar. Foi concedido a entidades e situações diversas descritas pela

Psiquiatria, surgindo em “delírio agudo”, “delírio incoerente”, “baforada delirante”, “delírio lúcido”, delírio confuso”, “sistema delirante”, e mais (Bracinha Vieira, 1979). É sintoma presente em perturbações psicóticas, sendo que o psicótico representa uma perda dos limites do “eu” ou uma incapacidade de avaliação da realidade. Está relacionado com ideias delirantes e alucinações, na ausência de crítica (*American Psychiatric Association*, 2006).

Segundo a tradição psiquiátrica, o delírio parece representar uma experiência patológica de rutura com a realidade, vivida ainda assim de forma convicta, verídica e inabalável a qualquer refutação. Parece desenvolver-se a partir de uma normalidade onde já reside e onde existe uma possibilidade de perturbação, surgindo através de gradações sucessivas que de início mal se distinguem como patológicas. Quando se instala o psicopatológico, o delirante distorce as significações do seu mundo, interpretando de forma viciada e sobrevalorizada, a ponto de invadir toda a sua vida interior, transformando a visão que tem do Mundo, substituindo-a por uma realidade paralela à existência real (Bracinha Vieira, 1979).

Vidigal (2006) reporta-se à obra de Freud, como uma verdadeira revelação para a compreensão do delírio. A investigação psicanalítica veio provar que na origem do delírio, existe uma anomalia mais profunda e inteligível e um núcleo de verdade, que será necessário libertar e reintegrar numa construção do passado. Deste modo, o delírio propriamente dito, representa uma tentativa de substituição da realidade oculta, podendo surgir pelo seu lado destruturado como uma defesa. Benedetti (s.d.) citado por Vidigal (2006) realça a importância de que a abordagem psicoterapêutica do delírio consiste em concebê-lo como um símbolo, reconhecendo nele uma história de vida e um sentido, sendo como que uma comunicação codificada dirigida ao meio circundante. Segundo a autora, o delírio será um ato de auto-afirmação e resultado da investigação da identidade da pessoa para preencher um vazio. Através de uma maneira alegórica, utilizando a imagem e o símbolo, a pessoa pode exprimir as suas dúvidas e desejos interiores associados à sua história de vida, existindo circunstâncias de vida que podem proporcionar condições que favorecem a eclosão de um momento delirante. Por vezes, estas perturbações evoluem silenciosamente durante anos, irrompendo a qualquer momento sob determinadas circunstâncias emocionais.



Um estudo feito por Tilman et al. (2008) em 257 crianças e adolescentes dos 6-16 anos de idade, com doença bipolar já diagnosticada, pretendeu descrever os principais delírios e alucinações. Categorizaram-se as alucinações percebidas em benignas e patológicas, sendo que a sua distinção reside no seu impacto clínico. Os autores mencionados referem que as *guidelines* para compreender o delírio na criança são similares ao adulto, na medida em que a criança também acredita profundamente e age como se o delírio fosse real. As alucinações benignas são de conteúdo benigno, às quais não se sucede uma psicose, o que faz com que o prognóstico não seja significativo – a mais frequente foi a criança ouvir chamar pelo seu nome. Já as alucinações visuais (monstros e pessoas mortas, por exemplo) foram as mais comuns dentro da tipologia patológica. Por sua vez, cerca de 70% da amostra apresentou episódio de delírio, sendo o delírio de onipotência o mais frequente.

Charles e Sornoff (1971) citados por Vidigal (2006) expõem a problemática do estabelecimento de um diagnóstico diferencial entre uma construção delirante e a fantasia, uma vez que esta é um elemento chave nestas idades. A criança vive no “seu mundo”, abarcando o imaginário com o real, sendo muitas vezes o “jogo” a sua própria realidade, em que a atribuição de características lúdicas ao contexto real é habitual, como por exemplo a onipotência e o possuir poderes mágicos. O delírio na criança aparece descrito na literatura associado a uma alteração orgânica, como sequência de processos infecciosos, toxicidades, etc., o que nos remete para o *delirium*, mas a “ideia delirante” é contestada por muitos autores, uma vez que o “eu” se encontra em desenvolvimento, submetido a ajustamentos biológicos e psicológicos.

M. Klein (s.d.) atribui ao bebé uma vida mental fantasmática já muito elaborada, referindo que desde muito cedo que é capaz de sentir angústia e de utilizar mecanismos de defesa (Mazet e Stoleru, 2003). Vidigal (2006) alerta que, ainda que raro nesta idade, o delírio pode estar associado a eventos traumáticos, sendo que alguns autores denominam este quadro de “baforada delirante”. Quadros de agitação e ansiedade, com ou sem componentes de tipo psicomotor, um desinvestimento repentino do meio, poderão ser manifestações iniciais. Um estudo feito por Bartels-Velthuis, Blijd-Hoogewys e Van Os (2011) a uma população de 259

crianças evidencia que o delírio parece surgir secundário a experiências de alucinações auditivas, havendo evidência de que a formação secundária de ideação delirante é altamente previsível na presença de desregulações afetivas.

Neste seguimento, Ribeiro (2012) destaca a relevância da avaliação emocional e vida afetiva na formação da psicose, referindo que apesar de a evidência não estar a favor da hipótese de “delírio como defesa”, conjectura que o delírio persecutório é uma reação consistente com sentimentos negativos, o que corrobora a ideia de que as emoções negativas comandam o curso dos sintomas psicóticos. Pouco se sabe acerca das vulnerabilidades cognitivas associadas à formação de delírio, mas parece haver uma ligação entre a capacidade mental e a sua organização (Bartels-Velthuis, Blijd-Hoogewys e Van Os, 2011). Vidigal (2006) corrobora esta noção, referindo que é possível admitir uma vulnerabilidade biológica que, com as dificuldades do meio envolvente, poderão provocar mais tarde uma descompensação.

Importa aqui distinguir uma “crise” de desenvolvimento de uma eventual organização psicopatológica. Tal como no adulto, o delírio na criança pode surgir como uma forma codificada de comunicar com o exterior algo sobre si própria. Ela vive integrada no seu seio familiar em interação constante com os intervenientes, no plano real e na sua fantasia. É fundamental conhecer o seu “jogo” e não é possível avaliar um sintoma fora do seu contexto de vida. A fantasia, natural do pensamento infantil, torna difícil o diagnóstico entre o normal e o patológico. “É discutível um delírio sistematizado na infância e é excepcional um delírio crónico antes da puberdade”, (Vidigal, 2006. p.135). Masi, Mucci e Pari (2006), com base em estudos sustentados pelo NIMH, referem que o início insidioso deste tipo de sintomatologia na infância, associado a manifestações prodrômicas, como incapacidade de realização de atividades diárias, comportamento desorganizado, alienação, alterações afetivas, entre outras, dificultam o estabelecimento do diagnóstico. Parece necessária, a realização de mais estudos de investigação neste âmbito, no sentido de definir as fronteiras entre o “normal” e o psicopatológico nas crianças.

A bibliografia aconselha um estudo sucessivo dos principais comportamentos evocadores de um processo psicótico na adolescência, sendo que a evidência não sugere um comportamento característico. Alguns autores referem mesmo não existir

nenhuma perturbação psíquica encontrada exclusivamente na adolescência a não ser a crise pubertária. Existem também, vários estudos com tentativas de associação de diferentes tipos de delírio com determinadas patologias. Appelbaum, Robbins, B. A. e Roth (1999) realizaram um ensaio na tentativa de estabelecer esta relação, verificando que existem delírios mais frequentes que outros e que isso é consistente com mecanismos etiológicos, sendo prevalente o delírio persecutório e religioso em pacientes com esquizofrenia, entre os que causam maior impacto na vida do delirante. A evidência aponta que a ansiedade e a angústia vividas na adolescência parecem influir a apresentação destes sintomas.

As temáticas do delírio e alucinação no primeiro episódio psicótico, parecem ser pouco exploradas, sendo que as questões relacionadas com a vida parecem influenciar os temas do delírio e alucinação em jovens que desenvolvem um quadro psicótico pela primeira vez. A fenomenologia delirante/alucinatória inicial, comparativamente aos que já têm a doença instalada, apontou que nos mais novos não existe a mesma especificidade, comparativamente à predominância do delírio persecutório em jovens mais velhos com esquizofrenia, por exemplo (Rajapakse, Garcia-Rosales, Weerawardene, Cotton e Fraser, 2011).

Para alguns, a adolescência por si só, constitui um “traumatismo” inultrapassável, em que por vezes o adolescente parece substituir a realidade por uma neo-realidade. Nesta fase, o delírio pode manifestar o insucesso do adolescente para resolver os conflitos, mas também pode, graças à reorganização psíquica que ocorre nesta altura, desembocar num novo funcionamento mental. Sendo o período de formação da identidade é fundamental o reconhecimento desta sintomatologia o mais precocemente possível. Também um estudo feito por Fonseca-Pedrero, Santarén-Rosel, Lemos-Giráldez, Paino, Sierra-Baigrie e Muñiz (2011) no sentido de analisar a sintomatologia psicótica na adolescência, sugere a importância da deteção precoce com a realização de programas preventivos. Os autores reportam-se a um estudo feito na Nova Zelândia, sob uma amostra de crianças, que revelou que mais de 25% dos participantes que apresentaram experiências de delírio até aos 11 anos, desenvolveram um transtorno esquizoide até aos 26 anos, o que fundamenta a problemática.

As experiências alucinatórias, o pensamento mágico e os sintomas delirantes são um fenómeno comum entre os adolescentes, (Fonseca-Pedrero et al., 2011), o que nos reporta para a semelhança entre a crise pubertária e o estado psicótico, como mencionado anteriormente. Concomitantemente, é fundamental uma avaliação no sentido de despiste de perturbações psiquiátricas. Garralda (1984) citado por (Dhossche, Ferdinand, Van Der Ende, Hofstra e Verhulst, 2002) concluiu que a presença de alucinações não é preditiva de futura psicose, contudo, os autores supracitados alertam que são fator de risco para o desenvolvimento psicopatológico, o que justifica a importância da referência dos adolescentes que reportem esta sintomatologia.

Os estudos feitos têm sugerido experiências de alucinação e delírio em adolescentes sem critério para perturbação psicótica, sendo que, apesar do fenómeno continuar a ser documentado, ainda pouco se sabe acerca da sua ocorrência e especificidade, parecendo estar relacionada com processos envolvendo a percepção, o que pode refletir alterações cognitivas – é necessária mais investigação (Altman, Collins e Mundy, 1997). Ao contrário do aparecimento insidioso na infância, na adolescência estes episódios evoluem rapidamente e de forma aguda, colocando-se a questão acerca do prognóstico e não tanto do diagnóstico. Quanto mais cedo aparecem episódios delirantes agudos, mais será de recear a sua evolução para uma psicose crónica, sendo que, antes dos 15 anos, a maioria desses episódios evoluem para uma esquizofrenia (Braconnier e Marcelli, 2005).

Vidigal (2006) alerta para o facto de que, sendo uma fase em que o corpo é sentido como fragmentado, atraindo uma confusão em relação ao sexo, emerge uma intensa angústia, pelo que é fundamental determinar o tipo e nível de angústia, sempre presente nos quadros psicopatológicos, uma vez que parece ser um fator importante na evolução desta sintomatologia. A adolescência pode vir pôr à prova a fragilidade dos mecanismos da infância, constituindo um potencial “revelador” da vulnerabilidade dos períodos anteriores (Jeammet, 1990, citado por Vidigal, 2006) – um estado psicótico na adolescência pode ser contínuo a uma psicose infantil e/ou prévio a uma psicose adulta, sendo que o prognóstico depende da precocidade do diagnóstico.

## 2.4. Avaliação e Intervenção Precoces

A perda de contacto com a realidade, característica da psicose, pode resultar numa experiência bastante assustadora e traumática. Tendo em conta que, frequentemente, o primeiro episódio psicótico ocorre na adolescência, um período essencial na construção da identidade, independência, relações e planos vocacionais a longo prazo, um surto psicótico pode causar uma séria disrupção com o dia-a-dia e na realização de planos futuros. Deste modo, tendo em conta o seu impacto, parece ser de extrema relevância a prevenção da psicose, apostando na avaliação e intervenção precoces, através de um plano de ação especializado, impedindo o seu desenvolvimento e instalação.

O contacto prolongado do Enfermeiro com a criança/adolescente e a sua família, torna esta relação um importante pré-requisito na criação de um plano de intervenção, através da monitorização constante da sua condição clínica. Importa partir do pressuposto que os Enfermeiros, no exercício diário da sua profissão, podem contribuir para a prevenção do desenvolvimento da psicose, no reconhecimento dos sinais prévios. A identificação dos sinais prévios torna-se uma questão, tendo em conta a especificidade das alterações da adolescência e a sua semelhança à sintomatologia psicótica. Berno van Meijel (2003) alerta para o aparecimento destes *warning signs*, como indicativos de alterações da percepção, pensamento e/ou comportamento, que precedem uma fase psicótica. Estes “sinais de aviso” parecem traduzir-se em experiências, pensamentos e comportamentos subjetivos, o que dificulta a sua identificação. A questão parece surgir na sua distinção do patológico e que experiências, pensamentos e comportamentos serão caraterísticos nesta fase inicial que antecede a instalação da psicose.

Berno van Meijel (2003) menciona um estudo feito por Herz and Melville (1980), em que foram entrevistados clientes e suas famílias, pedindo-lhes que identificassem mudanças nas experiências, pensamentos e/ou comportamentos que tivessem antecedido o episódio psicótico mais recente. 70% dos pacientes e 93% das famílias conseguiram identificar mudanças, identificando as alterações do discurso e a presença de alucinações visuais como as mais frequentes. O mesmo autor refere-se a vários estudos que também concluem que na grande maioria dos casos, o tempo

de intervalo entre o aparecimento destes sinais e a instalação de um quadro psicótico é suficiente para a aplicação de estratégias de intervenção.

O NIMH (2003) afirma que existem indicadores promissores de que os clínicos na prática conseguem prever quem é mais provável desenvolver um quadro psicótico, contudo, parece haver pouca evidência nesta área. A evidência da intervenção precoce diz sim, que pessoas que manifestem sintomas prodrómicos que tenham recebido um plano de intervenção específico numa fase inicial e um cuidado especializado, apresentaram menor probabilidade de desenvolver psicose nos 6 meses seguintes, em comparação com os que não tiveram um plano de ação na fase inicial do aparecimento dos sintomas.

Na criança e no adolescente, a identificação destes sintomas parece ser ainda mais difícil, tendo em conta as características das fases de desenvolvimento. A utilização de instrumentos de avaliação pode ser uma mais valia, embora sem descurar o facto de que muitos dos “sinais de aviso” são idiossincráticos, o que pode dificultar a sua avaliação através de instrumentos *standard*. Ruhrmann, Schultze-Lutter, Salokangas, Heinimaa, Don Linszen, Dingemans, ... e Klosterkötter (2010) no seu estudo referente à predição da psicose em adolescentes e jovens adultos com alto risco, referem-se também à subtilidade e subjetividade destes sintomas e dificuldades no seu reconhecimento como sintomatologia positiva através da aplicação de instrumentos de medida. Os mesmos autores salientam que uma prevenção especializada com uma intervenção dirigida é atualmente vista como a estratégia mais promissora no sentido de atenuar, atrasar ou até evitar a instalação da psicose. Do estudo feito, numa amostra de adolescentes no seu primeiro episódio psicótico, 53,3% dos jovens com esquizofrenia já diagnosticada, exibiram ideação bizarra e estranha previamente. A existência de um pensamento bizarro, caracterizado por um conteúdo estranho, fantástico ou ideias distorcidas, ilógicas ou absurdas, parece traduzir-se numa perturbação formal do pensamento, que está associado a alterações cognitivas na esquizofrenia, e que por sua vez pode ser preditivo da psicose.

B. van Meijel, M. van der Gaag, R. S. Kahn e M. H. F. Grypdonck (2003), efetuaram um estudo acerca da aplicação de um protocolo de intervenção de Enfermagem com o principal objetivo de reconhecer *warning signs* da psicose e implementar ações no

sentido de promover o equilíbrio do paciente. Este protocolo de atuação vai desde uma fase de preparação ao plano de ação, combinando uma abordagem estruturada e *standardizada* com as características específicas de cada paciente e da sua rede social, tendo em conta a individualização dos cuidados. Durante este ensaio, alguns Enfermeiros manifestaram dificuldades, nomeadamente no que respeita à especificidade da tipologia de sinais e grau de severidade para a pessoa, alertando para a necessidade de treino dos profissionais. Foi aplicado um instrumento de avaliação dos sinais da psicose considerados mais comuns, contudo, a maioria dos Enfermeiros considerou que a informação adquirida seria facilmente obtida através de uma entrevista aberta. A aplicação deste protocolo de intervenção demonstrou um resultado positivo, com uma incidência de recaída maior no grupo controlo. Ainda que não seja estatisticamente significativo, verificou-se que a probabilidade de recaída em pacientes com perturbação psicótica sujeitos a um plano de intervenção para prevenção é menor.

O programa para a deteção e intervenção para prevenção da psicose (2013) alerta para o facto de que os profissionais de saúde, nomeadamente Pediatras e Enfermeiros, que estão em contacto com adolescentes, nem sempre reconhecem que estão perante jovens com alto risco de desenvolver psicose, e muitas vezes também não sabem para onde os referenciar para tratamento, caso suspeitem de que o necessitam. O desenvolvimento de um modelo preditivo da psicose, conforme propõem Ruhrmann, Schultze-Lutter, Salokangas, Heinimaa, Don Linszen, Dingemans, ... e Klosterkötter (2010), parece ser um desafio.

### **3. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO**

A concretização do estágio obedeceu a duas fases distintas, o contexto de internamento hospitalar, no período de 30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013 e contexto de ambulatório numa UIP de 6 de Janeiro a 27 de Março de 2014. Ambos os contextos visavam o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) (OE, 2010):

F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processo de auto-conhecimento, e desenvolvimento pessoal e profissional; F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde;

O Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental da OE (2010) confere ao profissional desta área uma especificidade muito importante para o seu desempenho, pelo que é crucial que o Enfermeiro desenvolva cada uma delas para atingir um nível de excelência na prestação de cuidados. Das competências enunciadas, importa destacar a primeira, que remete para uma dimensão intrapessoal de capacidade de reflexão e auto-conhecimento, essencial na relação terapêutica e se revela indispensável para o aperfeiçoamento de todas as outras. É através deste perfil de competências que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental diferencia a sua intervenção da de outros profissionais de Enfermagem.

Para dar resposta à problemática identificada, formularam-se os seguintes objetivos acerca do que se pretendeu desenvolver durante o percurso de estágio:



Objetivos gerais:

- Conhecer o processo de avaliação do delírio e alucinação em crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- Desenvolver intervenções terapêuticas a crianças e adolescentes com sintomatologia delirante e alucinatória.

Objetivos específicos:

- Identificar instrumentos de suporte à avaliação do delírio e alucinação na clínica em Saúde Mental.
- Avaliar crianças e adolescentes com transtorno mental que apresentem delírios e alucinações.
- Implementar plano de cuidados individualizado a crianças e adolescentes com sintomatologia delirante e alucinatória.
- Avaliar os resultados sobre as intervenções realizadas.

## 4. INTERVENÇÕES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo pretende descrever todo o percurso de estágio, tendo em conta o percurso de aprendizagem profissional e impacto pessoal, no âmbito das competências da EESMP já referidas e da concretização dos objetivos estabelecidos.

### 4.1. Estágio em Contexto Hospitalar

Sendo a minha área de intervenção do quotidiano no contexto de adultos, a decisão de realizar o meu percurso na área da pedopsiquiatria foi desde o início um desafio a mim colocado e motivado por razões pessoais. Inicialmente senti dúvidas, dificuldades e angústias sobre as quais tive oportunidade de refletir e falar com o Enfermeiro Orientador. Procurei que este estágio também me permitisse analisar aspetos da minha prática e meus enquanto pessoa, permitindo assim o desenvolvimento das competências específicas, que me possibilitassem prestar cuidados cada vez mais diferenciados e especializados. Certa de que a infância e a adolescência são etapas determinantes no desenvolvimento humano e têm associada uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de patologia do foro mental, uma intervenção especializada poderá ter um impacto extraordinário.

Nesta Unidade favorece-se uma metodologia de trabalho de âmbito multidisciplinar, a criação e manutenção de um ambiente terapêutico – *milieu therapy*<sup>1</sup>, intervenção terapêutica de âmbito farmacológico, intervenção terapêutica individual, de grupo e familiar, bem como de âmbito pedagógico e social, dirigidas a crianças e adolescentes com quadro psicopatológico agudo e sub-agudo<sup>2</sup> e com exclusão das situações de toxicodependência e delinquência (Almeida, Ferreira e Nabais, 2010). Aquando da admissão da criança/adolescente, é definido e negociado com os

---

<sup>1</sup>Os quadros psicopatológicos agudos e sub-agudos incluem situações de grande desorganização psíquica, tendo inerente o risco de vida da criança, adolescente e família, e que pela sua gravidade não existem respostas em contexto de ambulatório; situações clínicas em que é necessário um esclarecimento do diagnóstico; situações cujo contexto sociofamiliar é disfuncional ou existe uma ausência de rede social.

<sup>2</sup>Segundo Townsend (2011, p. 201) o objetivo da *milieu therapy* é manipular o meio de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar do cliente sejam considerados terapêuticos. Dentro do *setting* terapêutico, espera-se que o cliente aprenda *coping* adaptativo, interação e capacidades de relacionamento, de modo a provocar mudanças comportamentais e a melhorar a saúde psicológica e o seu funcionamento. O enfermeiro assume um papel fulcral na gestão do ambiente terapêutico na unidade de internamento.

intervenientes um projeto terapêutico individual, através de uma abordagem multidisciplinar, centrado na criança/adolescente e família, e sujeito a reavaliação diária, decorrente das reuniões clínicas multidisciplinares realizadas (Almeida, Ferreira e Nabais, 2010). O tempo de internamento será o mínimo necessário para uma intervenção terapêutica em crise<sup>3</sup>.

A metodologia de gestão dos cuidados utilizada é a do Enfermeiro de referência, a qual segundo a OE (2011) é fundamental para uma prestação de cuidados especializados e diferenciados, de nível elevado de complexidade, que contribuam para o bem-estar da criança e jovem, permitindo concomitantemente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício efetivo e gestão da segurança. A operacionalização deste método de trabalho implica que o Enfermeiro seja um elemento de referência na definição, implementação e avaliação do projeto terapêutico individualizado. Neste seguimento, salienta-se a importância das reuniões de equipa multidisciplinar realizadas diariamente, constituindo um espaço promotor de partilha, reflexão e discussão das situações, que se traduziram em importantes momentos de aprendizagem e desenvolvimento e mobilização de competências no meu contexto formativo. Assim sendo, a integração e colaboração com a equipa multidisciplinar, nomeadamente com a equipa de Enfermagem, estabelecendo relações de trabalho construtivas e valorativas, os momentos de supervisão<sup>4</sup> com o Enfermeiro Orientador, favorecendo uma reflexão profunda sobre a prática, as minhas dúvidas e dificuldades, proporcionaram o desenvolvimento das competências específicas de EESMP sustentados numa prática tutelada por um EEESMP, tal como previsto no Modelo de Desenvolvimento Profissional.

De acordo com a metodologia de cuidados utilizada, foi-me possível ser Enfermeira de referência de duas adolescentes que viviam transições em simultâneo e se

---

<sup>3</sup>No decurso da sua vida, a pessoa é confrontada com os seus limites pessoais e obstáculos do meio/ambiente, desenvolvendo estratégias de adaptação para ultrapassá-los; se não conseguir encontrar recursos, em si ou no meio, que a ajudem a enfrentá-los, viverá um período de maior ou menor desorganização, em função da perceção e dos efeitos do estímulo stressante, surgindo assim a crise (Chalifour, 2009). Existe um "significado dual atribuído à crise: um negativo, onde a crise é percecionada como destruição patológica de um equilíbrio preexistente ou, perigoso desvio de um estado conhecido de normalidade; a outra positiva, onde a crise é percecionada como dor perante algo, por vezes a necessidade obscura de crescer, de tender para um maior equilíbrio." (Chalifour, 2009, p. 183).

<sup>4</sup>A supervisão clínica define-se como sendo um "processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através do processo de reflexão e análise da prática clínica" (OE, 2010, p.5).

encontravam em sofrimento mental, conseqüentes de respostas humanas desadaptadas.

#### 4.1.1. Intervenções Terapêuticas Individuais

Seguem-se as situações clínicas das duas jovens a quem tive oportunidade de prestar cuidados, a Maria e Joana<sup>5</sup>, refletindo em simultâneo sobre a minha prática clínica, tendo como referência as competências específicas do EEESMP anteriormente enunciadas.

A Maria tem 15 anos de idade e foi proposta para internamento pelo Pedopsiquiatra Assistente. Encontra-se integrada em UIP há poucos meses. De acordo com a referência, desde há alguns anos que tem apresentado crises de irritabilidade em casa e na escola, agressividade dirigida a objetos, tristeza e isolamento social; associaram-se também períodos de elação do humor, desinibição sexual, crises de ansiedade, auto-mutilações, dificuldade em cumprir regras e mau aproveitamento escolar. Como história de internamento atual, a referir agravamento da intolerância à frustração, com ideias fixas de namorado, auto-mutilações muito frequentes em contexto de frustração pela família e comportamentos sexuais promíscuos.

No primeiro contacto com a Maria realizei uma entrevista de colheita de dados que me permitisse obter informações significativas, por forma a identificar os problemas de saúde e compreender as suas necessidades e da família. Realizei uma breve avaliação do estado mental e pretendi conhecer a interação entre a adolescente e as pessoas de referência, bem como o seu contexto<sup>6</sup>. Procurei ter uma abordagem flexível e não estruturada, por forma a encorajar a comunicação, estabelecendo o *rapport*<sup>7</sup> o mais cedo possível. Este primeiro encontro constitui-se de grande importância, uma vez que se inicia a estruturação da relação terapêutica, tratando-

---

<sup>5</sup>Consideremos Maria e Joana nomes fictícios para preservar confidencialidade da informação.

<sup>6</sup>F2.1. – executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente; F2.2. – executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (OE, 2010).

<sup>7</sup>De acordo com Townsed (2011), implica sentimentos por parte do cliente e do enfermeiro, baseados na aceitação, calor, simpatia, interesses comuns, confiança e atitude não crítica – é “a capacidade de querer verdadeiramente saber dos outros” (Townsed, 2011, p.125).

se de uma relação centrada na confiança, autenticidade, empatia e respeito com uma intencionalidade, permitindo a aproximação ao cliente.

Contudo, a avaliação não se encerrou sobre si própria neste momento, sendo a avaliação conduzida ao longo de todo o internamento fundamental para a compreensão e implementação de intervenções de Enfermagem, tendo por base os diagnósticos de Saúde Mental formulados<sup>8</sup>. Esta monitorização contínua pretende avaliar e conhecer a adolescente numa perspetiva holística, isto é, nas suas várias dimensões, individual, familiar, social e escolar.

A entrevista inicial foi realizada à jovem e à sua avó, sendo completada a informação ao longo do internamento junto dos pais aquando da visita. A Maria é filha única, vive com os pais e avó, sendo os pais emigrantes. O pai encontra-se desempregado e a mãe desempenha uma atividade profissional não especializada. Em relação a antecedentes familiares, a mãe negou a existência de psicopatologia de relevo na família.

A Maria apresenta uma aparência cuidada, cabelo pintado de escuro e roupa preta. Durante a interação mantém contacto visual, com postura irrequieta e impaciente, humor triste, comunicativa com discurso fluente e organizado, com recurso a uma construção frásica rudimentar. Orientada alo e auto-psiquicamente, no tempo e espaço. Na primeira abordagem não se apuraram alterações da forma e conteúdo do pensamento, assim como alterações da perceção. A jovem não apresentou qualquer renitência ao internamento, pelo contrário, afirmou reconhecer a sua necessidade, falando frequentemente do namorado, de que tinha sido traída e que teria tentado agredi-lo, evidenciando aqui algum juízo crítico.

Nos primeiros dias de internamento manteve um exame do estado mental sobreponível com o descrito. Demonstrou bom contacto afetivo com a avó e os pais durante as visitas, embora por vezes lhe seja difícil ouvir as regras que lhe são colocadas pelos adultos significativos, ainda assim, parece concordar com os

---

<sup>8</sup>F3.1. – estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade; F3.4. – realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados (OE, 2010).

reparos que a mãe e a avó fazem sobre si e sobre os relatos do seu dia-a-dia, nomeadamente, que passa demasiado tempo no computador, nas redes sociais, acerca das relações amorosas ocasionais frequentes e o facto de sofrer posteriormente com isso.

Um aspeto consensual a nível teórico prende-se com a singularidade da adolescência enquanto etapa de desenvolvimento, caracterizada por sentires e sentidos muitas vezes exacerbados, movimentos de confronto, de desafio, de reivindicação, de autonomia, acompanhados por angústias e incertezas, pelo sonho de ser e vir a ser e de estar ligado (Marques, 2005). O luto face aos imagos parentais é essencial para que se estabeleçam novas relações e surge o encontro do objeto sexual no outro.

A Maria mostrava-se participativa nas atividades propostas, embora notando-se pouco investimento à medida que a tarefa se apresentasse mais difícil ou demorada, ficando impaciente e impulsiva, como por exemplo nos jogos com o grupo, desistindo facilmente, terminando ou jogando aleatoriamente sem demonstrar preocupação com o resultado. Revela algumas dificuldades de integração social e adaptação, adotando por vezes um comportamento intrusivo na relação com os pares, com dificuldades em respeitar os limites pessoais dos outros, resultando por vezes em sentimentos de tristeza e rejeição. Por se sentir rejeitada, um dia no internamento, (“elas não gostam de mim”), após conflito com companheira de quarto, bateu na parede com o punho, do qual resultou equimose. Abordei a jovem, que evidenciou ansiedade e revolta, com agressividade dirigida a materiais, pelo que a encaminhei para o quarto de contenção ambiental da unidade, para que se pudesse exprimir e ser tranquilizada.

O quarto de contenção ambiental - “quarto dos colchões”, como designam as crianças internadas, é um espaço da unidade utilizado pelos enfermeiros para diversos fins, nomeadamente intervenções de âmbito psicoterapêutico individual e prevenção e gestão de comportamentos agressivos. Trata-se de um espaço privilegiado por proporcionar privacidade e uma estimulação sensorial reduzida, exercendo um efeito contentor. O facto de estar revestido por superfícies

almofadadas confere segurança aos jovens com risco de auto e/ou heteroagressividade. Este espaço insere-se no contexto de um *milieu* terapêutico, conforme abordado anteriormente, promovendo a realização de intervenções de suporte ao jovem, que respondam às suas necessidades específicas.

Encorajei a Maria a falar acerca do que se tinha passado, com o objetivo de exteriorização do seu conflito interno, procurando transparecer calma, conforto e objetividade, observando atentamente. A Maria tentou minimizar o impacto da situação, adotando uma postura de superioridade e procurando esconder o sofrimento que a situação lhe parecia causar. Inevitavelmente, o diálogo estendeu-se ao seu contexto escolar e familiar, revelando algumas carências afetivas face aos pais e manifestando um desejo de ser mais valorizada. Referiu não corresponder às expectativas dos pais relativamente à escola, no que respeita à obtenção de melhores resultados, no entanto também reconhece dificuldades em empenhar-se. Refere ter sido abandonada pelo namorado e que este a traíra com uma colega, sentindo embaraço em regressar à escola. Durante a interação, a Maria mostrou as cicatrizes nos antebraços, provenientes de automutilações anteriores, referindo que por vezes só lhe ocorria “cortar-se” para se sentir melhor. Durante a entrevista não se apurou ideação suicida. Relatou sonhos em que era uma rainha decapitada, com pesadelos frequentes relacionados com mortes, com necessidade frequente de fazer terapêutica à noite, embora identifique como estratégia a leitura, para se distrair. Foi um momento importante para ambas, tendo sido possível apurar mais informações relativas ao seu contexto de vida e como se posiciona nele.

Face à dificuldade em encontrar mediadores da relação que despertassem interesse na jovem e sendo difícil manter-se envolvida em atividades propostas, os momentos individuais de intervenção de âmbito psicoterapêutico revelaram-se importantes e securizantes para a Maria, que me procurava com frequência para falar de questões que a incomodavam e cuja disponibilidade para estar em relação foi aumentando no decorrer do internamento. Recordo um desses momentos em que a adolescente me pede para falar comigo, pelo que nos sentámos na sala dos computadores, não havendo outro espaço disponível que proporcionasse privacidade. Nesse momento disse-me que via nos sonhos “imagens más, de vultos, fantasmas ou pessoas

mortas com os braços a caírem”, ouvindo uma voz dentro da cabeça dela, que lhe parecia ser a dela. Sente receio quando toma banho, porque vê “bruxas nos espelhos da casa-de-banho” e assusta-lhe o facto de “puxar o autoclismo e ver a água a correr na sanita”. O discurso tornou-se mais acelerado e desorganizado, com fuga de ideias. Parou a olhar para o monitor do computador desligado, questionando-me se estaria ou não uma imagem nele, ficando mais tranquila quando lhe disse que não e lhe expliquei que era o nosso reflexo. Prosseguiu mais calma, afirmando “ter poderes especiais e que tinha feito um feitiço para se transformar em sereia quando fizesse os 16 anos e que nunca contou a ninguém com medo que não lhe dessem alta no hospital.” Nota-se aqui a presença de algum *insight*<sup>9</sup>, apesar da possível ideação delirante de grandiosidade, tentando escondê-la para evitar supostas consequências. Ouvia atentamente a jovem, que não aparentava sentimentos de angústia a falar sobre isto. Procurei manter uma abordagem neutra, tentando simplesmente clarificar a extensão da crença. A jovem não solicitou opinião da minha parte, pelo que também não comentei. A dado momento senti algum receio que a Maria se desorganizasse e não “voltasse”, parecendo ter havido aqui uma rutura do pensamento com a realidade, mas não aconteceu. Senti que não foi o espaço adequado e que a estimulação luminosa e visual da sala poderia ter despoletado a situação, uma vez que nas descrições da Maria parece existir uma base física real, embora distorcida, não descurando contudo a presença de convicções quase delirantes, pouco sistematizadas.

Talvez a crença de se transformar em sereia se prenda com o seu desejo de seduzir, de encantar, intensamente envolvida no pensamento mágico, relacionados com uma angústia emocional elevada, uma fragilidade ao nível da identidade e do controlo dos afetos sobre a sua relação com o real. As dificuldades de relação da Maria com os seus pares evidenciam uma auto-estima débil, pelo que esta perda de segurança interior se poderá manifestar sob várias formas, nomeadamente, nos gestos autodestrutivos (cortes) de repetição, sem intenção real de morrer, antes relacionados com a manipulação das relações interpessoais.

---

<sup>9</sup>Em termos de conteúdo do pensamento, o grau de *insight* relaciona-se com o grau de reconhecimento da realidade (Baker e Trzepacz, 2001).



Também as alterações da percepção poderão ser manifestações da psicose. Ao contrário das alucinações que são experiências percetivas sem objeto, na ausência de estimulação sensorial externa, as **ilusões** “são o exagero, distorção ou alteração da interpretação de um estímulo físico real” (Baker e Trzepacz, 2001, p.131). O facto de a Maria “ver vultos” nos monitores desligados e nos espelhos embaciados revelam uma alteração da percepção do objeto real de algo que não está verdadeiramente presente, mas cuja base física está lá. A jovem refere alucinações auditivas, contudo tem a percepção de que a voz com origem na sua cabeça é a sua, com críticas por vezes depreciativas em relação a si, sem evidência de comando, demonstrando mais uma vez a fragilidade da sua auto-estima.

Nas fases iniciais do desenvolvimento, o pensamento é um processo primário semelhante aos processos de pensamento dos sonhos, quando as crianças se envolvem demasiado na imaginação e não conseguem distinguir os “monstros” da realidade. Em simultâneo com o desenvolvimento, evolui o processo de pensamento, sendo expectável a capacidade de distinção entre a realidade e a fantasia. Parece existir na Maria uma predominância do processo primário do pensamento, que é proeminente na psicose, sendo as perturbações do conteúdo e do processo do pensamento parâmetros importantes na sua deteção (Baker e Trzepacz, 2001). Ao tentar esconder o seu possível delírio dos profissionais, por receio de não ter alta, a jovem revelou um *insight* relativamente mantido, o que parece tornar os sinais e sintomas psicóticos mais subtis. Por outro lado, a presença de *insight* revela saúde mental – na sua ausência, a pessoa não conseguirá interpretar corretamente alguns aspetos da realidade. Coloca-se assim o desafio na avaliação<sup>10</sup>.

Perante a minha ausência de experiência na área, senti-me perante um repto, uma vez que a atenção dada ao conteúdo do pensamento é importante para a compreensão da personalidade. Pretendi transmitir tranquilidade e calma, tomando consciência de que seria importante eliminar os estímulos capazes de criar percepções erradas, evitando hiper-estimulação sensorial, bem como estimular

---

<sup>10</sup>F3.1.3. – Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados; F3.1.5. – Diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença (OE, 2010).

pensamentos abstratos. Deste modo, tentei ajudar a adolescente a reconhecer estímulos potenciadores da ocorrência das “visões”, orientando-a para a crítica, sem oposição a ideias de carácter possivelmente delirante. Procurei manter um diálogo não estruturado, por forma a não condicionar a organização do pensamento da Maria, proporcionando-lhe espaço para que expusesse as problemáticas mais importantes para si, parecendo resultar, uma vez que falou abertamente sem indícios de frustração ou angústia, o que também poderá estar relacionado com algum embotamento afetivo.

Tentei estar sempre presente durante as visitas, acompanhando a interação da Maria com os pais e com a avó, notando-se maior proximidade com a progenitora, que verbalizava dificuldades na gestão de conflitos com a filha e sobrecarga na sua responsabilidade emocional. A mãe foi alertada para a importância de impôr limites sólidos à Maria, uma vez que os limites correspondem a expectativas nas quais se pode confiar, formando uma base segura que permitissem à adolescente descobrir que é capaz de se controlar a si própria quando sentir que está a perder o controlo ou quando se sente incapaz de desempenhar determinada tarefa.

Durante os momentos de intervenção psicoterapêutica individual, foi sempre disponibilizada a presença no sentido da promoção da aliança terapêutica, promovendo a segurança e reduzindo possíveis receios da jovem, ajudando-a na mobilização de estratégias e respostas adaptativas. As intervenções realizadas tiveram como principais objetivos apoiar a adolescente a tomar consciência dos seus próprios limites e expectativas na relação com os outros, incentivando-a a discutir sentimentos e impulsos, ao invés de atuar sobre eles, conseguindo expressá-los de forma ajustada e socialmente aceite, recorrendo à rede de suporte de cuidados e procura de ajuda, se necessário, utilizando os recursos (pessoais, familiares, sociais). Tornou-se importante assistir a Maria na identificação das suas características positivas e potencialidades que a valorizassem, criando novos propósitos inerentes ao seu projeto de vida, assim como promovendo a sua inserção no ambiente escolar<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup>F3.4.5. – Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional

Importa referir que a Maria teve alta sem o meu conhecimento prévio, ficando o sentimento de preocupação e da não continuidade (apesar de saber que iria continuar o acompanhamento). A situação da Maria alerta para a presença dos *warning signs*, evidenciando-se a importância de um acompanhamento especializado em ambulatório que responda às suas necessidades, consistente com todas as suas dimensões em relação com o seu contexto de vida, nomeadamente com a família.

Segue-se a descrição relativamente ao acompanhamento da outra jovem a quem tive a oportunidade de prestar cuidados – a Joana, adolescente de 14 anos de idade, proposta para internamento através da consulta de pedopsiquiatria pela sua médica assistente, com a informação clínica de gesto suicidário com ingestão medicamentosa voluntária de 10 comprimidos de quetiapina 50 mg (com pedido de ajuda posterior); alterações da perceção de natureza dissociativa; Depressão e trauma.

A Joana iniciou seguimento na consulta de pedopsiquiatria há cerca de um ano, na sequência de sintomas depressivos, auto-mutilações e alterações da perceção. Por ideação suicida, esteve internada nessa altura, marco importante na inflexão da sintomatologia, traduzindo-se numa maior adaptação social. Desde o internamento houve investimento em atividades extra-curriculares, com melhoria do aproveitamento escolar de “insatisfatório” para “razoável” e investimento na afinidade com os pares, com relações de amizade na zona de residência em detrimento das redes sociais com “amigos virtuais”. Desde então não se auto-mutila.

Como história do internamento atual, a referir ideação mórbida crescente e pensamentos recorrentes sobre matar a sua mãe e irmã, impossíveis de controlar e perversivos – disse à irmã que a matava, “parecendo não a reconhecer”, segundo a mãe. Em entrevista no Serviço de Urgência, referiu também não reconhecer a mãe,

numa lógica de substituição idêntica ao *Síndrome de Capgras*<sup>12</sup>, vivida com angústia, segundo informação clínica. Evidenciando profunda aflição, pediu para ser internada. Parece importante referir dificuldades acrescidas na escola no novo ano letivo, previamente superadas, tais como acordar cedo e chegar sem atrasos e rutura amorosa, que a fragilizaram.

A Joana vivenciou situação de imigração e reside atualmente com a mãe, padrasto e irmã adolescente, há cerca de 2 anos. Frequenta o 3º ciclo de escolaridade, em ensino regular, mas adaptado por dificuldades cognitivas. Os seus pais encontram-se divorciados desde pouco tempo depois do seu nascimento e esteve separada da mãe durante vários anos, não mantendo contacto com o pai. Nessa altura, a jovem terá vivido com os avós e família alargada. Segundo informação colhida através da mãe, as primeiras alterações de comportamento da Joana evidenciaram-se após a morte do avô, pessoa de referência.

No primeiro contacto, a Joana apresenta um aspeto cuidado, embora masculinizado, não parecendo existir dúvidas em relação a identidade de género. Idade aparente coincidente com a real. Orientada alo e auto-psiquicamente, no tempo e espaço. Humor disfórico naquele momento, evidenciando uma postura claramente tensa, com evitamento do olhar e sem parar de mexer no braço, pernas inquietas, a bater com os pés no chão. Comunica com discurso pouco fluente do tipo telegráfico, com dificuldades em verbalizar os seus pensamentos que se adivinham inquietantes. Discurso circunstancial em torno de mudança de diretor de turma e mãe, que “não quer saber dela”. Não manifestou ideação suicida. Na primeira abordagem não consegui apurar alterações da forma e conteúdo do pensamento, assim como alterações da percepção, embora sabendo da sua existência através da informação clínica. Admiti que este primeiro encontro fora importante para uma maior aproximação à jovem, assumindo que a avaliação seria contínua ao longo do internamento tendo por base o levantamento dos problemas identificados e a implementação de intervenções de Enfermagem dirigidas.

---

<sup>12</sup>Convicção delirante de que um indivíduo importante para a pessoa foi substituído por um estranho, um impostor (Baker e Trzepacz, 2001).

Tal como descrito anteriormente, no início da relação terapêutica é importante recolher alguma informação com base na observação da pessoa, linguagem verbal e não verbal e nas suas interações. Esta observação fornece material que permite fazer um diagnóstico estrutural relativamente ao funcionamento global do cliente e determinar orientações relativamente à forma de intervir (Chalifour, 2009). A partir daqui, o terapeuta está aberto à sua própria experiência e à do outro – presta atenção ao que diz a pessoa, ao modo como diz, ao que se passa entre eles e ao que se passa em si mesmo. É com base na qualidade deste processo interacional, que o terapeuta está em condições de partilhar a sua experiência relacional com o cliente, visando favorecer neste último, um maior conhecimento e consciência de si mesmo.

Nos primeiros dias de internamento manteve um exame do estado mental sobreponível com o descrito. Verificou-se maior aproximação a outra jovem e colagem ao projeto da mesma (manifestado por vontade em sair de casa e ir para uma instituição), sendo difícil mobilizar crítica para estes fenómenos. A Joana mostrava-se participativa nas atividades propostas, à exceção do “relaxamento”, sendo muito difícil para si integrar naquele momento, permanecendo ansiosa, acabando por utilizar como estratégia o isolamento do restante grupo, ficando pouco disponível para a relação.

Importa referir que recebeu poucas visitas da família, nomeadamente da mãe. Tentei estar presente durante o seu horário, mas notou-se pouco a sua presença, alegando dificuldades no trabalho. O internamento foi pautado por entrevistas familiares tumultuosas com necessidade de mediação, sendo o único momento em que via a família, terminando geralmente de forma agitada. Recordo um dia a Joana muito ansiosa após uma das entrevistas, havendo necessidade de a retirar para um ambiente mais contentor, neste caso o “quarto dos colchões”, para que exprimisse o que sentia e exteriorizasse a sua zanga. A jovem parecia apresentar discurso tangencial, havendo a necessidade de redirecionar a conversa - começou por verbalizar que se sentia desapojada - “a minha mãe não quer saber de mim e agora o diretor de turma mudou, eu gostava era da outra; zanguei-me com a minha amiga,

eu achava que era namorada, ficámos um dia sem falar e no dia seguinte ela já tinha outra amiga”.

É possível identificar a presença do sentimento de abandono em cada uma das associações que fez. Parece ter experienciado o sentimento de abandono ligado à falta de proximidade com a sua mãe no início da infância, apesar de proximidade não caracterizar afeto, que de facto parece não surgir naturalmente na sua relação no presente. Segundo informação clínica, quando questionada acerca da sua infância, a adolescente apresenta amnésia dissociativa, podendo estar associada a evento traumático. Ao ter vivido o “abandono” durante a sua infância, é possível que a Joana sinta um medo incontrolável de ser deixada novamente, sendo o contexto atual perigoso e ameaçador para si uma vez que não sentiu a segurança e a proteção proporcionadas na vinculação, relação essa emocionalmente significativa e que surge através da proximidade e contacto físico com a mãe. Ao vivenciar nova perda na mudança do diretor de turma (pessoa de referência para a Joana) e na rutura da relação com a namorada, poderá ter revivido a situação original de abandono, que dificilmente se esquece. Talvez a jovem tenha tentado esquecer, reprimindo ou fugindo desse sentimento, mas sem conseguir lidar, sem um grande sofrimento, com uma possibilidade de perda e/ou rejeição. Este abandono terá evocado nela, novamente, pensamentos sobre matar a mãe e a irmã e que nos últimos dias pareciam ter invadido a sua vida intra-psíquica. Foi neste contexto que decidiu fazer a ingestão medicamentosa, “para pôr fim ao sofrimento”.

Neste seguimento, torna-se particularmente importante a avaliação do conteúdo do pensamento, não só na compreensão da personalidade, mas na deteção de perigosidade para o próprio e para os outros (Baker e Trzepacz, 2001). A jovem reconhece que os seus pensamentos são indesejáveis, ficando perturbada com o seu teor, com *insight* mantido. Através da colocação de questões abertas, embora com alguma necessidade de diretividade devido à sua ansiedade, foi possível perceber quais as suas principais preocupações.

Durante o momento de intervenção de âmbito psicoterapêutico procurei ter uma atenção cuidada a quaisquer pistas que indicassem potenciais ideias delirantes,

procurando clarificação pormenorizada acerca dos pensamentos que a Joana referia ter. A jovem manifestou alguma desorganização do processo do pensamento, com ideias pouco estruturadas, possivelmente delirantes, relativamente à percepção do *self*, revelando um conceito bizarro sobre a origem do seu corpo - “feita de pedaços de animais e *robots*”, com dúvidas sobre a sua origem, como que uma identidade fragmentada, convicta de que a sua mãe não seria na realidade sua mãe. Braconnier e Marcelli (2005) abordam a identidade do adolescente em questão, em que face à impossibilidade de se agarrar às imagens dos pais, em vez de se reconstruir através de novas identificações, inicia uma procura sobre si próprio. Afetado pelos choques incessantes, o adolescente ladeia a dissolução da sua pessoa. A Joana auto-observa-se sem conseguir identificar-se com o que era, sem poder identificar-se com a sua mãe nem com os que a rodeiam – isto poderá causar-lhe uma profunda angústia e ansiedade, provocando-lhe perda da coerência acerca da sua pessoa. Baker e Trzepacz (2001) alertam para a importância da clarificação do delírio para a compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa, estando intimamente ligado com o estado emocional do indivíduo.

No seguimento da conversa, a jovem manifestou alterações da percepção mais ou menos estruturadas sob a forma de alucinações episódicas auditivo-verbais e visuais – “vejo uma bebé que me diz para fazer mal à minha mãe e irmã”. Talvez a bebé fosse a própria Joana na infância, como se estivesse fora do seu próprio corpo (*despersonalização?*), reconhecendo, no entanto, a irrealidade da imagem. Pareceu tratar-se de alucinações de comando que incitavam a Joana a comportamentos violentos, o que alerta para um risco potencial, sendo bastante visível as suas dificuldades em resistir-lhes - motivo que potenciou o gesto suicidário – por não ter intenção de atuar em concordância<sup>13</sup>.

A adolescente remeteu-se também ao seu contexto escolar, apresentando grandes dificuldades na socialização com impacto no seu desempenho escolar. Referiu que “tudo corre mal desde que se separaram” (ela e a namorada), com descrença na possibilidade de fazer amizades e sentimentos de desvalorização profunda que lhe

---

<sup>13</sup>F3.1.8. – Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e para os outros, nomeadamente relativo suicídio, homicídio, e outros comportamentos auto destrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros (OE, 2010).

causam vontade de se auto-mutilar (apesar de não o ter feito) com receio de que os outros lhe possam ler o pensamento, manifestando aqui *insight* parcial.

A ideação suicida e o desejo de auto-agressão por parte da Joana, parecem ser na realidade um ato desesperado de fugir à sua situação, mas sem intenção real de morrer, antes relacionados com vontade em contrariar sentimentos de desrealização – não obstante, são fatores de risco importantes a ter em conta. As *imagens mentais* da Joana serão representações internas do seu mundo. A dissociação implica um estreitamento no campo da consciência com amnésia seletiva. Poderão haver alterações da personalidade, assumindo a forma de fuga (Sims, 2011).

Ao longo do internamento verificou-se melhoria gradual do envolvimento da Joana nas atividades propostas, bem como aumento da disponibilidade para estar em relação, como resultado do estabelecimento de uma relação com os profissionais que criasse condições indispensáveis à partilha e confiança mútua. Tornou-se importante mostrar disponibilidade e disponibilizar a presença, sem favorecer no entanto, comportamentos de dependência<sup>14</sup>. Houve a preocupação em criar momentos de partilha que permitissem a expressão verbal de sentimentos e perceções, que transmitissem segurança e tranquilidade à adolescente, mantendo-a em ligação com a realidade, evitando perguntas que a pudessem frustrar, nomeadamente, relativamente à sua infância, uma vez que parece apresentar amnésia dissociativa. Durante estes momentos de intervenção de âmbito psicoterapêutico individual, proporcionou-se a oportunidade de comentar as alucinações, procurando ajudar a jovem a identificar fatores precipitantes da ocorrência, mobilizando estratégias internas adaptativas, que a Joana identificou com atividades que a pudessem distrair, mobilizando recursos internos e externos (rede de suporte de cuidados, pessoas significativas). Foi essencial incentivá-la na identificação dos seus limites e expressão de sentimentos, ajudando-a a desenvolver controlo sobre os seus comportamentos, tomando consciência das suas capacidades<sup>15</sup>. Foram definidos em conjunto novos objetivos com esforços para a

---

<sup>14</sup>F1.1.3. – Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (OE, 2010).

<sup>15</sup>F3.4.1. – Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (OE, 2010).



identificação de atividades prazerosas no sentido de maior ajuste social (regressar ao futebol, formar uma banda)<sup>16</sup>.

A evolução evidenciada pela Joana permitiu o retomar progressivo das suas relações familiares, nomeadamente, através de licenças programadas que se traduziram em momentos de preparação para a alta e que decorreram sem incidentes. Tal como na situação anterior, a adolescente alerta-nos para a presença dos *warning signs*, havendo a necessidade de uma continuidade de cuidados especializados em ambulatório que confirmem as respostas às necessidades da Joana, prevenindo o risco de instalação da psicose. Parece importante a ingressão em grupos terapêuticos com realização de atividades terapêuticas que ofereçam à Joana um amplo leque de possibilidades de identificação. Tem alta referenciada para Hospital de Dia.

Tal como descrito anteriormente, a bibliografia alerta para alterações comportamentais, na mobilidade do pensamento e percepção que poderão sugerir e anteceder a psicose, e, uma vez reconhecidas, pode-se interromper a sua progressão, pelo que é premente uma intervenção precoce especializada. Por se tratar de um período caracterizado por oscilações e instabilidades, a adolescência confunde o observador na distinção de características mais exuberantes, normativas nesta fase, dos sinais de vulnerabilidade à psicose. Foram estes sinais de vulnerabilidade<sup>17</sup>, que motivaram o meu interesse no seguimento destas duas jovens. Deste modo, procurei promover junto das duas adolescentes, a expressão das emoções e a sua resignificação, ajudando à tomada de consciência e potencializando a mudança comportamental.

Para além das intervenções descritas, importa mencionar a participação noutras atividades, bem como a mobilização de recursos e intervenções junto de outros

---

<sup>16</sup>F4.2.1. – Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; F4.2.2. – Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o *insight* do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; F4.2.3. – Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental; F4.2.5. – Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (OE, 2010).

<sup>17</sup>Segundo Meleis (2010), a vulnerabilidade é um processo dinâmico e multidimensional no qual se estabelece uma interação entre as características pessoais, circunstanciais, sociais e ambientais. Enquanto condição da pessoa, poderá ser agravada pela vivência do processo de transição, expondo o cliente a um potencial perigo, a uma recuperação problemática, ou a um processo de adaptação desajustado ou demorado.

clientes, no sentido do desenvolvimento das competências previstas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEEESM) e crescimento pessoal e profissional (Quadro 1):

**Quadro 1** - Atividades desenvolvidas e recursos mobilizados

Competências Específicas do EEESMP (OE, 2010)	Atividades/Recursos
“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processo de auto-conhecimento, e desenvolvimento pessoal e profissional;”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões com Enfermeiro Orientador (momentos de reflexão, orientação e supervisão);</li> </ul>
“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista de Enfermagem ao Cliente e família;</li> <li>• Articulação com a comunidade na reinserção ativa do Cliente na mesma;</li> </ul>
“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação nas sessões clínicas mensais do departamento de Saúde Mental da infância e adolescência;</li> <li>• Participação nas reuniões multidisciplinares da UIPIA (2ª a 6ª feira);</li> <li>• Realização de atividades terapêuticas;</li> </ul>
“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional a crianças e adolescentes com transtornos mentais;</li> <li>• Realização de atividades terapêuticas individuais e em grupo;</li> </ul>

#### 4.1.2. Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Delírio e Alucinação, em Crise

Ao descrever as intervenções de Enfermagem realizadas com as adolescentes com sintomatologia psicótica, parece relevante a sua sistematização, por forma a uniformizar as práticas, tendo em conta uma problemática que parece suscitar dúvidas, pela subjetividade que sugere. Um estudo feito por Bowers, Brennan, Winship e Theodoridou (2009) acerca das competências de comunicação dos Enfermeiros na interação com clientes psicóticos, sugere que um considerável número de profissionais, nomeadamente, os Enfermeiros que trabalham em Saúde Mental, não reconhece as intervenções adequadas junto dos clientes com sintomas psicóticos. O mesmo estudo alerta para a existência de momentos de interação pouco frequentes, mesmo com aumento do número de profissionais por turno, o que levanta questões acerca da necessidade de uma prática mais estruturada e com base em modelos e processos de Enfermagem por forma a melhorar a qualidade da interação.

Neste sentido, considero importante sistematizar as principais intervenções de Enfermagem realizadas no contexto de internamento junto de adolescentes com sintomatologia positiva. A existência de fluxogramas de intervenção suporta a tomada de decisão em Enfermagem e confere aperfeiçoamento à prática. De acordo com a *Canadian Nursing Association* (2002), “o principal objetivo de ter boas práticas é o de fornecer orientação para a prática profissional, no sentido de promover um serviço competente, seguro e ético para com os clientes” (Manual de Boas Práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2009, p.8).

Assim sendo, serão apresentadas no Quadro 2 as intervenções realizadas recorrendo à Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (2004), sob a forma de um fluxograma como proposta de uma organização sistemática de intervenção:

**Quadro 2** - Proposta de Intervenção de Enfermagem especializada junto do cliente com **delírio** e **alucinação**, em crise

Etapas da Relação	Intervenções
Fase inicial	1. Disponibilizar presença para a relação (pressupõe-se que a disponibilidade do cliente para estar em relação vá aumentando gradualmente ao longo do tempo) /Aceitação incondicional (aceitar a crença como parte do cliente);
	2. Providenciar um espaço seguro para o cliente e profissional, que forneça tranquilidade, privacidade e simultaneamente redução da estimulação sensorial;
Fase intermédia	3. Avaliação do estado mental através da colocação de questões abertas (permitindo perceber quais as principais preocupações do cliente e os eventos de vida sentidos como ameaçadores); Evitar questões que impliquem tomada de decisão e/ou causadoras de ambiguidade no pensamento; Validar a presença de sintomatologia positiva (discurso, conteúdo, forma e curso do pensamento, alterações da percepção);
	4. Identificar a extensão da crença, presença de <i>insight</i> e juízo crítico, para compreender a sua influência no pensamento, emoções e comportamento;
	5. Preservar o contato com a realidade (não emitir juízos de valor, abordagem neutra sobre as crenças, reforçando a importância das dimensões, no discurso e comportamento que não estão invadidas pelo conteúdo delirante e/ou alucinatório;
	6. Evitar exigências do pensamento abstrato, promovendo o raciocínio com base em pensamentos concretos;
	7. Avaliar o risco que a crença representa para o próprio e terceiros (auto e heteroagressividade, auto-negligência, fuga, suicídio);
Fase final	8. Estabelecer um compromisso, otimizando o vínculo terapêutico, de forma a promover sentimentos de segurança, diminuindo a imprevisibilidade (identificar o local onde se encontra o Enfermeiro, o cliente e planejar momentos de interação).

Importa referir que a minha ausência de experiência profissional na área, bem como aspetos relacionados com vivências pessoais, suscitaram em mim inquietações e por vezes sentimentos de angústia, que me proporcionaram importantes momentos de reflexão e tomada de consciência, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal. Tal como nos pressupostos inerentes à relação de ajuda preconizados por Rogers (2000), através dos momentos de interação que tive oportunidade de vivenciar com cada jovem, juntas percorremos um caminho de descoberta progressiva, através da relação. Phaneuf (2004) acrescenta também, que esta relação influencia ambos os intervenientes e que esta interação pode despertar no Enfermeiro, sentimentos e/ou pensamentos com impacto na sua esfera pessoal, pelo que pode colocar o cuidador perante as suas dificuldades e levá-lo a questionar-se sobre a sua aceitação pessoal<sup>18</sup>. Torna-se assim, fundamental que o cuidador se (re) conheça na presença do outro através das sensações, emoções, pensamentos e necessidades, que o cliente desperta em si, para que assim o possa ajudar realmente a encontrar-se num processo de descoberta contínua.

Tal como afirma Maria da Conceição Costa (1997, p.10), no trabalho com crianças é inevitável que surja o espaço de uma infância vivida ou sonhada por cada um de nós, sendo infinitos os compartimentos secretos que dela guardamos e “confusos os labirintos que, por vezes ainda percorremos; mas há espaços de luz, há clareiras que apetece reconquistar...”.

Analisar o impacto do outro em mim, foi uma tarefa importante a que me fui propondo durante todo o percurso de estágio e que me obrigou a refletir sobre o significado atribuído aos sentimentos que emergiam na relação<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup>F1.1.4. – Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica (OE, 2010).

<sup>19</sup>F1.1.1. – Identifica no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar; F1.1.4. – monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica (OE, 2010).

## **4.2. Estágio em Contexto de Ambulatório**

O estágio em contexto comunitário foi realizado numa UIP, Unidade especializada no atendimento a adolescentes com transtornos mentais com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. Esta Unidade abrange como áreas de intervenção o acompanhamento médico por Pedopsiquiatra, apoio psicoterapêutico individual, de grupo e familiar por EEESMP, acompanhamento psicológico por Psicóloga Clínica e intervenção de Terapeuta Ocupacional, permitindo assim um atendimento especializado e multidisciplinar que responda às necessidades do adolescente e da sua família (Circular Institucional<sup>20</sup>, 2010).

As intervenções desenvolvidas têm como principais objetivos: proporcionar tratamento especializado ao jovem e sua família, promovendo a integração familiar, escolar e/ou socio profissional do adolescente; garantir a comunicação com as estruturas comunitárias necessárias, nomeadamente, escolas, centros de formação profissional, instituições de solidariedade social, autarquias e serviços judiciais; intervenção imediata em situações de risco; idoneidade formativa e desenvolver investigação na área da Saúde Mental (Circular Institucional, 2010).

O atendimento nesta UIP é prioritário para os adolescentes referenciados pelo serviço de internamento e serviço de urgência. O pedido de referência pode também ser feito por outras instituições, nomeadamente, a escola, pelo médico de família, família ou pelo próprio jovem. É feita uma avaliação inicial pelo Pedopsiquiatra Coordenador, sendo posteriormente feita uma discussão de caso com proposta terapêutica ou de orientação. Esta discussão é realizada nas reuniões de equipa multidisciplinar com periodicidade semanal, constituindo-se um espaço importante de partilha, aprendizagem e reflexão sobre a prática, assim como da monitorização dos resultados esperados e evolução do projeto terapêutico de cada jovem.

Trata-se de um espaço promotor de ligação entre internamento e consulta externa, promovendo a integração do adolescente junto da família e comunidade. Esta

---

<sup>20</sup>Por questões relacionadas com confidencialidade da informação, omite-se nome da instituição da circular referida.

Unidade disponibiliza aos adolescentes um meio alternativo ao ambiente familiar, através de modelos de identificação num contexto terapêutico. Deste modo, os jovens poderão beneficiar de intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo, individuais ou de grupo, com vista à promoção da saúde mental.

A UIP tem como principais objetivos: rentabilizar a resposta hospitalar, reduzindo o tempo de internamento; promover as competências do jovem, permitindo-lhe a inserção na comunidade e diminuindo os efeitos da inserção socio-familiar e melhorar a resposta às necessidades dos adolescentes, aumentando a eficiência dos cuidados. As intervenções incluem atividades terapêuticas como: culinária, fotografia, expressão plástica, atividades de vida diária, dramatização, expressão corporal/movimento, cineterapia, criatividade e descoberta (costura, tecelagem e trabalhos manuais), comunicação visual, jardinagem e grupos temáticos (jornal, musicoterapia...) (Circular Institucional, 2010).

#### 4.2.1. Intervenções Terapêuticas em Grupo

O processo da terapia em grupo permite trabalhar e estimular três dimensões do funcionamento psicológico humano: a dimensão emotivo-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial (Manes, 2011), facilitando a mudança comportamental. Braconnier e Marcelli (2005) reforçam a eficácia da prática do grupo terapêutico na adolescência, parecendo ser particularmente frutuosa, parecendo responder às necessidades dos jovens. Yalom (1995) citado por Guerra e Lima (2005) atesta um êxito superior da intervenção grupal sobre a individual, sendo que o grupo terapêutico oferece uma maior possibilidade de mudanças e trocas terapêuticas diversificadas que não ocorrerão individualmente.

A importância do grupo terapêutico traduz-se na estimulação da interação entre os vários intervenientes, favorecendo as relações interpessoais e desenvolvendo competências de socialização, ajudando ao desenvolvimento da personalidade. Braconnier e Marcelli (2005) referem que um dos motores essenciais na sua ação é a catarse afetiva, através da descarga da tensão interna na presença do grupo, diminuindo os níveis de ansiedade e sofrimento. A inerente propensão dos

adolescentes para a identificação com os pares poderá ser uma vantagem na terapia de grupo, deste modo, quanto maior for a coesão grupal, melhor poderá ser a reflexão e resignificação acerca das dificuldades e emoções subjacentes à relação interpessoal (Yalom, 2000 citado por Guerra e Lima, 2005).

O papel do Enfermeiro enquanto líder da condução do grupo será o de facilitador interacional, reduzindo obstáculos à comunicação, estimulando a coesão e o desenvolvimento do grupo. Coimbra de Matos (2002) refere que a correta organização das atividades do grupo, que correspondam às necessidades e particularidades individuais são essenciais para o seu teor terapêutico. Só através de estratégias delineadas que visem mudanças aos vários níveis (escola, família, etc.) ocorrerá a transformação individual, necessária para uma melhor adaptação ao contexto de vida do adolescente.

O grupo torna-se o espaço para onde o adolescente pode deslocar conflitos, simulando a realidade e permitindo trabalhar questões importantes, nomeadamente as relações familiares e com os pares, assim como a formação da identidade. Para que se torne o agente de mudança, é essencial que o enfermeiro crie um clima de confiança, com base nos pressupostos da relação de ajuda, por forma a poder intervir sobre confrontos e tensões que poderão emergir. Esta noção é corroborada por Benner (2001), de que “o grupo terapêutico fornece (...) um microcosmos de sistema social, uma rede de relações, uma cena que permite pôr a nu as questões de conflito e de cooperação.” (Benner, 2001, p.97).

Durante este estágio tive a oportunidade de participar e colaborar na terapia de um grupo<sup>21</sup> de 4 adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos, com frequência semanal, tipo aberto, cuja duração seria conforme o projeto terapêutico individual dos jovens. O facto de ser um grupo aberto que foi acolhendo novos adolescentes num curto espaço de tempo tornou-se obstáculo ao seu desenvolvimento e crescimento, o que dificultou o estabelecimento da coesão grupal.

---

<sup>21</sup>F.3.3.1. – Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em Enfermagem, conforme enquadramento legal (OE, 2010).



O grupo apresentava alguma homogeneidade, encontrando-se a vivenciar situações de profundo sofrimento psíquico: violência e abuso sexual, complicações escolares comuns associadas a dificuldades de aprendizagem condicionando insucesso e abandono escolar; todos foram vítimas de bullying em algum momento na escola, verificando-se perturbações de relação transversais. Foi sobre estes problemas de relação<sup>22</sup> que o grupo terapêutico atuou maioritariamente, uma vez que a “a perturbação psicológica é consequência de relacionamentos interpessoais inadequados” (Guerra e Lima, 2005, p.93), sendo dado ênfase ao relacionamento no presente, contudo valorizando sempre o passado, sobretudo quando surge espontaneamente no grupo.

Assim, em parceria com o casal terapêutico, ambos enfermeiros especialistas na área, tive oportunidade de realizar algumas sessões, que por questões de confidencialidade, não serão descritas neste trabalho. Através de atividades que estimulassem a criatividade, tendo por base a expressão plástica, com trabalhos manuais (pintura, moldagem, etc.) e a escrita, pretendeu-se criar momentos de partilha, abordando características individuais dos intervenientes, permitindo a apresentação, auto e heteropercepção com tomada de consciência de si, contribuindo para a auto-confiança e auto-estima.

Devido à minha inexperiência na área criei algumas expectativas relativamente à adesão dos adolescentes e resultados esperados, tendo-me deparado com diversas dificuldades que tive oportunidade de ir discutindo com o Enfermeiro orientador, nomeadamente, no que respeita à capacidade para motivar o adolescente para tarefas que se prolongassem mais na sua realização e que de alguma forma implicassem alguma introspeção. Sentia-se que os jovens procuravam gratificações imediatas e parecia ser-lhes muito difícil realizar atividades que os fizessem estar em contacto consigo próprios, sugerindo a presença de sentimentos negativos, talvez por se darem conta do seu sofrimento.

---

<sup>22</sup>F.3.3.5. – Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio – emocional, direccionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e maus tratos a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto (OE, 2010).

Nas sessões iniciais notaram-se vários constrangimentos que se foram dissipando com o crescimento do grupo, outros nem tanto. Para além do casal terapeuta habitual, estavam presentes eu e duas alunas da licenciatura de Enfermagem, o que em várias situações fez sentir “o peso” da presença dos técnicos. Seria expectável dos adolescentes, algum receio de não se exporem demasiado e avaliarem os novos presentes no desempenho do seu papel. Apesar destas dificuldades se irem ultrapassando com o desenvolvimento da relação e estabelecimento de confiança, a situação do grupo parecia criar uma certa ansiedade nalguns dos participantes. Não obstante, foram várias as situações de cumplicidade e identificação que se fizeram sentir e se revelaram importantes, notando-se uma evolução positiva, apesar das dificuldades sentidas.

Nas atividades terapêuticas procurou-se conhecer o universo social de cada um dos elementos, convidando os jovens a configurar a sua perceção da dinâmica relacional, expondo ao grupo as distâncias afetivas, proporcionando uma reflexão importante acerca do papel de cada uma daquelas pessoas na sua vida, traduzindo-se numa complexidade de configurações que se revelou difícil de fazer, sobretudo para alguns dos jovens, que ao exporem as suas relações de vida, exteriorizaram alguns dos seus medos e angústias, evidenciando uma grande culpabilização e baixa de auto-estima – aspetos que foram trabalhados ao longo das sessões<sup>23</sup>. Com representações de si minúsculas, como que “esmagados” pelo contexto, evidenciando-se uma perturbação difusa da identidade pessoal no seu todo e não só de identidade de género – “sou o meio, nem homem nem mulher, alguém fluido”, como uma crença quase delirante.

A dada altura das sessões receei mesmo se as atividades promotoras do auto-conhecimento seriam desagregadoras para alguns dos adolescentes, por todo o sofrimento que lhes pareciam causar, uma vez que os confrontavam com a sua maior inquietação (quem sou eu?). Houve quem parecesse ter construído uma neo-realidade que o protegesse do sentimento de inferioridade e humilhação, como que um fantoche na sua vida, onde as festas temáticas que frequentava mascarado lhe permitiam assumir um papel e ser alguém, o tal “género fluido, meio homem, meio

---

<sup>23</sup>F.3.1.1. – Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental (OE, 2010).

mulher”. Será que não o fazemos todos? No frenesim do contexto em que vivemos, cada um de nós parece viver conforme lhe convém, criamos “máscaras” dissimuladas para escondermos do outro o nosso verdadeiro eu. Por outro lado, é através da relação com outro que eu me vejo. Será através da possibilidade de procura e cimentação das identificações no grupo, que será permitido ao jovem construir uma individualidade e criar uma identidade até então não conseguida. A concepção de mudança proposta por Beisser (1971) citado por Chalifour (2009) toma aqui relevância, quando se fala em tomada de consciência de si, na medida em que esta ocorre quando alguém se torna no que efetivamente é, e não quando tenta tornar-se no que não é.

Durante as sessões, propôs-se também ao grupo a elaboração de um esboço do caminho de vida, permitindo-lhes projetar o futuro tendo em conta o passado. Pretendeu-se um olhar reflexivo sobre determinadas fases da sua vida, na sua relação com o mundo interior e exterior, tomando consciência das emoções e sentimentos<sup>24</sup> que caracterizaram a infância e perduram na adolescência. Se para uns o mais difícil seria o receio de estar só no futuro, para outros o mais temeroso foi a “arca semi-aberta” a que se chamou “caixa de Pandora”, quando se referiam ao seu passado, onde pretendiam guardar determinados eventos. Houve situações de abuso sexual na infância que terão sido ignoradas pelos pais, sendo as jovens forçadas a viver um embuste que as impossibilitou de encarar e lidar com o seu sofrimento.

Apesar de reforçarmos a importância de refletir e tomar consciência da presença de situações negativas e sentimentos associados, qual a melhor forma de devolver, enquanto terapeutas, o que nos é trazido para estas sessões? Foi uma questão que me fui colocando durante todo este percurso. Como reagem e sobrevivem as crianças e adolescentes que vivem experiências intensamente traumáticas?<sup>25</sup> O nosso mundo interior parece ser relativamente flexível e com grande capacidade de reação à violência do exterior, e, com o passar do tempo, será certamente necessário dar uma resposta por forma a assegurar um lugar no mundo, nem que

---

<sup>24</sup>F.4.2.5. – Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (OE, 2010).

<sup>25</sup>F.3.1.2. – Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar (OE, 2010).

seja a negar a realidade em nome da própria realidade, como parece ter acontecido a alguns. De certa forma, com o decorrer das sessões, senti que de alguma forma acontecera a todos – cada um dos adolescentes parecia ter vivido momentos traumáticos durante a sua infância, “enterrando pedacinhos” de si, até que atualmente perderam a sua integralidade e parecem não saber muito bem quem são, o que gostam nem ter expectativas face ao futuro. Segundo Stuart e Laraia (2001) muitos fatores são importantes no desenvolvimento da intensidade dos sintomas após um evento traumático na criança, incluindo a natureza do trauma, o grau em que a integridade corporal é ameaçada, a ameaça representada pelo acontecimento para o sistema de *self*, a segurança da criança e a natureza do apoio da família.

Confesso ter sentido receio que estas situações vividas tivessem emergido durante a sessão – a dimensão catártica do grupo coloca-nos perante o risco do agir e receio do impacto da descarga da tensão interna sobre os restantes elementos. Contudo, é também suposto o grupo proporcionar um ambiente securizante para onde o jovem possa trazer o que sente, isto é, criar segurança face à dor e ao desespero. Tentei gerir este sentimento de ambivalência juntamente com o Enfermeiro orientador, com receio de que o grupo (e nós enquanto terapeutas a dirigir o grupo) pudesse não dar a resposta individual que cada adolescente precisaria. Importa referir que todos os elementos tinham acompanhamento psicoterapêutico individual, não deixando estas necessidades sem resposta.

Parece também importante a presença da “bissexualidade” da equipa terapêutica, conforme designa Coimbra de Matos (2002) – notava-se a procura e a identificação de algumas jovens com a terapeuta feminina (o elemento materno), na procura de segurança e até carinho por vezes, assistindo-se a um efeito de quase modelagem, enquanto outros pareciam numa busca de limites e necessidade de regras, procurando pelo terapeuta masculino (a figura paterna).

No contexto das interações vividas pelos adolescentes no grupo, é de extrema relevância o papel terapêutico do Enfermeiro, no sentido de proporcionar ao adolescente um outro modelo de relação. Assim, tal como refere Coimbra de Matos

(2002, p.67) “sem rutura e sem «quebrar» a ligação com o seu meio familiar e social, evitando o internamento, o adolescente perturbado pode ultrapassar os modelos relacionais já inadequados (...) ao se ver confrontado diariamente com as figuras dos técnicos terapeutas que lhe propõem (...) um novo modelo relacional”.

A relação terapêutica ocupa um lugar central nos cuidados de Enfermagem, tornando-se importante na gestão das interações desenvolvidas, uma vez que os adolescentes se virão confrontados com diferenças e semelhanças, medos e atrações, mas sobretudo, serão confrontados com as características do seu *self*. Recordo uma sessão e o facto de a relação de ajuda ter sido uma ferramenta importante na tomada de consciência das dificuldades do jovem em assumir a responsabilidade do seu bem-estar. Segundo Chalifour (2009), algumas pessoas tendem para um relativo bem-estar, enquanto outras levam uma vida triste e monótona, como o autor identifica, “algumas vivem enquanto outras sobrevivem” (Chalifour, 2009, p.12). O mesmo autor aborda esta responsabilização do bem-estar, em que “eu” estou consciente do que sou, das minhas características pessoais e do meu ambiente, sei o que quero; reconheço o meu direito de ser como sou, de ter necessidades e expectativas e desejos, atribuindo importância ao que sou e quero; sei como posso responder a estas necessidades, conheço os recursos que me podem ajudar e seleciono comportamentos, ponderando entre os desejos e o contexto; corro o risco de passar à ação; assumo os resultados e consequências das minhas ações. As dificuldades vividas pelo jovem no exercício das suas escolhas parecem resultar de um conhecimento insuficiente de si mesmo. A dada altura tive dificuldades em perceber quando deixei de ser empática (mas sem deixar de o ser), para perceber se estaria de alguma forma a identificar-me<sup>26</sup>.

Chalifour (2009) justifica o embaraço relacionado com a operacionalização da ação com o receio de assumir a responsabilidade do ato. Este jovem demite-se, frequentemente, das tomadas de decisão, abdicando de assumir riscos e as consequências, permitindo que decidam por ele. Durante esta sessão, o adolescente pareceu tomar consciência de si – *awareness*, princípio central para a ocorrência de

---

<sup>26</sup>F.1.1. – Demonstra tomada de consciência de “si – mesmo” durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (OE, 2010).

uma mudança de comportamento<sup>27</sup>. Havendo tomada de consciência de si, uma pessoa pode compreender a origem dos seus comportamentos ou efetuar novas aprendizagens quanto ao modelo de comportamento que deverá adotar - isto remete-nos para a visão *Rogeriana* do *Counselling*, em que a função do *counsellor* “é tornar possível ao cliente adquirir a libertação emocional em relação aos seus problemas e, como consequência, pensar mais claramente sobre si próprio e sobre a situação” (Rogers, 2000, p.11). Deste modo, o terapeuta exerce um papel de facilitador, em que ajuda o cliente na tomada de consciência de si, das suas experiências, e a fazer as escolhas adequadas.

Na realização das sessões, procurámos criar um espaço que fosse promotor de comunicação, de interações significativas e expressão de sentimentos, recorrendo a variados mediadores da relação, utilizando o desenho, a pintura, a escrita, etc., evocando a criatividade. Era necessário adotar estratégias motivadoras e aliciantes, que cativassem a participação ativa e espontânea do grupo, algo por vezes difícil de concretizar. A falta de assiduidade da maioria dos membros fez com que diversas vezes fosse necessário adequar a abordagem em função das necessidades dos presentes, interrompendo por vezes o desenvolvimento de outras e criando uma sensação de falta de continuidade. Foi necessário reforçar a importância da presença de cada membro e preocupações sentidas na sua ausência, promovendo a vinculação. A evolução e amadurecimento do grupo nem sempre coincidem com o ritmo de mudança das pessoas que o vão compondo, pelo que é necessário que o Enfermeiro facilite os processos individuais e de grupo, favorecendo a sua harmonização.

Senti algumas dificuldades, no que respeita à promoção da responsabilização e cooperação entre os jovens, bem como em fomentar a coesão grupal, que tive oportunidade de ir discutindo com o Enfermeiro orientador. Tão importante como o planeamento das intervenções será avaliar os resultados obtidos, verificando-se uma evolução gradual nos jovens, manifestada na sua participação e

---

<sup>27</sup>F.4.2.2. – Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o *insight* do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; F.4.2.4. – Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os *deficits* por ela causados, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida (OE, 2010).

envolvimento<sup>28</sup>. Contudo, parece importante admitir a falta de coesão grupal, fator considerado de excelência para Yalom (2000) mencionado por Guerra e Lima (2005) e que sustenta tudo o que se passa no grupo, contribuindo para a eficácia terapêutica. A coesão do grupo está intimamente ligada à relação terapêutica estabelecida com os restantes membros, pelo que na sua ausência, será difícil trabalhar o grupo, promovendo a autenticidade na relação.

Ao longo do estágio também tive oportunidade de participar de forma mais ativa nas reuniões de equipa multidisciplinar da UIP, momentos de supervisão, avaliação e reflexão, onde foi discutida a reformulação dos grupos, devido às dificuldades referidas, procurando uma reorganização em função dos projetos terapêuticos individuais para maiores ganhos em saúde<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup>F.3.2.2. – Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental (OE, 2010).

<sup>29</sup>F.4.3.4. – Envolve outros profissionais na definição de projetos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade (OE, 2010).

## **5. CONCLUSÃO**

O percurso percorrido durante a realização dos estágios, bem como a área de intervenção escolhida permitiu-me desenvolver as competências específicas do EEESMP, assim como responder às minhas necessidades individuais de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional enquanto Enfermeira num contexto de formação. A abordagem da presente problemática surgiu como um desafio pessoal e profissional associados ao desejo de conhecer a realidade da prestação de cuidados na área da Pedopsiquiatria, mas sobretudo surgiu pela sua pertinência na área em questão. A integração na equipa multidisciplinar dos locais de estágio e sobretudo na equipa de Enfermagem permitiu-me vivenciar experiências que me proporcionaram o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

A doença psiquiátrica na criança e no adolescente é complexa e pode ser incapacitante para o jovem e causar sobrecarga na família. Independentemente do diagnóstico, muitas vezes ausente nesta fase, os Enfermeiros serão incitados a responder às necessidades a que se colocam a criança e a família, reforçando a capacidade de adaptação e funcionamento. Para desenvolver um plano de cuidados, o Enfermeiro deve aprender a reconhecer e descrever o comportamento sintomático em crianças (Stuart e Laraia, 2001). A identificação precoce e avaliação global da criança e do adolescente são fundamentais no processo de cuidados e coloca-se o desafio aos profissionais, no sentido do reconhecimento do delírio e alucinação nestas idades.

A utilização de instrumentos devidamente validados poderá contribuir para uma avaliação/monitorização estruturadas. Contudo, da pesquisa realizada não se conseguiu apurar um instrumento que respondesse aos objetivos deste projeto, sendo que, a subjetividade destes sintomas dificulta o seu reconhecimento como sintomatologia positiva através da aplicação de instrumentos de avaliação, sendo a intervenção especializada dirigida, vista por vários autores como a estratégia mais promissora na prevenção da psicose.



O mundo do jogo simbólico, onde a realidade aparece transmutada, parece surgir como um ato criativo alternativo ao mundo real, onde para o sofrimento e a angústia, forçando a perda de contacto com a realidade. Informa sobre questões do mundo interior e processos que ocorrem dentro do sentir e do pensar. Onde poderemos afirmar que começa realmente a fantasia e acaba a realidade? Carvalho e Branco (2000, p.244) diz que “no fim de contas, é extremamente simples lidar com as crianças”, desde que compreendamos que o que pensarmos ser mentira, pode ser fantasia, uma forma de elaborar uma fantasia, e por isso uma forma de reproduzir a realidade.

A metáfora, a imagem, o símbolo, surgem como uma comunicação codificada, criados por fenómenos psíquicos defensivos com a função de preencher um vazio afetivo “esses enredos em que a realidade e a imaginação convergem para um ponto de entendimento – talvez para a constatação de que o bom e o bonito, ao lado do mau e do feio, são nomes de seres ou de objetos convivendo lado a lado, inevitavelmente, como na própria vida” (Costa, 1997, p.11) – “Para a frente vão os factos, para trás ficam os afetos a eles ligados” (Vidigal, 2006, p.268). A avaliação da história de vida da criança e do adolescente e do seu significado no funcionamento mental permitem precisar o risco para uma evolução psicótica, pelo que a intervenção especializada de Enfermagem parece fundamental na prevenção da instalação patológica.

A bibliografia aponta o impacto das emoções negativas no curso dos sintomas psicóticos, verificando-se um início insidioso na infância e abrupto na adolescência. Uma intervenção especializada dirigida permite o reconhecimento desta sintomatologia o mais precocemente possível e graças à reorganização psíquica que ocorre na adolescência torna-se possível desembocar num novo funcionamento mental. Através da monitorização da condição clínica da criança e do adolescente, o Enfermeiro tem um papel fundamental no reconhecimento dos *warning signs* e a relação terapêutica surge como ferramenta fulcral da intervenção.

Revela-se importante o desenvolvimento de programas de prevenção, deteção e intervenção que facilitem o percurso do adolescente nesta fase de vida, considerada

por muitos autores como repleta de oscilações emocionais, medos, receios, dúvidas e angústias – “o fora deve ser investido, reconhecido, explorado e experimentado, mas tal acontece sempre em função do dentro”, (Marques, 2005, p.25). A relação terapêutica estabelecida com estes jovens permitiu-me uma nova compreensão do significado das alterações da percepção.

Tal como Rogers (2009) afere “Descobri que quanto mais conseguir ser genuíno na relação, mais útil esta será. Isso significa que devo estar consciente dos meus próprios sentimentos (...), ao invés de apresentar uma fachada, (...) envolve a disposição para ser e expressar, nas minhas palavras e no meu comportamento, os vários sentimentos e atitudes que existem em mim.” (Rogers, 2009, p.57). A constante monitorização do meu comportamento e reflexão na (e sobre) a ação, foi-me permitindo ponderação e consideração sobre os meus sentimentos, assim como fenómenos de identificação, transferência e contra-transferência, resistência, etc., a fim de poder compreender a sua interferência na relação.

Também Phaneuf (2005, p.17) refere que “ a enfermeira que é sensível aos seus próprios sentimentos pode sê-lo também em relação aos da pessoa cuidada, o que lhe permite manifestar empatia e proceder de maneira a que ela se sinta compreendida e «capaz de ir em direcção a um nível superior de funcionamento e crescimento»”, fator este, que para Watson (2002) é essencial nos cuidados de Enfermagem. Toma aqui especial relevância a asserção de Costa (1997) quando afirma que as dificuldades surgem porque não sabemos aceitar-nos, nomeadamente, aceitar a nossa própria infância.

É com base na qualidade deste processo interacional, que o terapeuta está em condições de partilhar a sua experiência relacional com o cliente, visando favorecer neste último, um maior conhecimento e consciência de si mesmo, fazendo com que “O movimento interior se torne possível e a vida estagnada encontra uma passagem. Os interditos e as culpabilidades, as raivas e as dores domesticam-se...” (Hammann, 1996, citado por Chalifour, 2009, p.38).

No caminho da aquisição de competências de EEESMP e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011), pretendi assim desenvolver uma prática sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de Enfermagem, por forma a estabelecer um plano de intervenção baseado num juízo clínico de Enfermagem especializada, para uma adequação das respostas ao jovem e família. Para tal, foi necessário mobilizar na prática, um conjunto de saberes técnicos, científicos e humanos que permitiram atuar no diagnóstico, intervenção e prevenção. O percurso percorrido proporcionou-me contributos que, atualmente, integro na minha prática e me permitem responder de forma mais competente aos desafios que me são colocados, favorecendo o meu crescimento e aperfeiçoamento enquanto pessoa e Enfermeira, agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global, “porque o sinto” (Benner, 2001).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M.; Ferreira, L.; Nabais, A. – Norma 61. Procedimento Sectorial [REDACTED] [REDACTED] - Filosofia da Área [REDACTED]. 2010. [REDACTED].<sup>30</sup>
- Altman, H., Collins, M. & Mundy, P. (1997). Subclinical Hallucinations and Delusions in Nonpsychotic Adolescents. *J. Child Psychiat.* 38 (4). 413-420.
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Appelbaum, P., Robbins, P., B. A. & Roth, L. (1999). Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses. *Am J Psychiatry*. 156:12. 1938-1943.
- Baker, R., Trzepacz, P. (2001). Exame psiquiátrico do estado mental (V. Ramos, R. Albuquerque, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original The Psychiatric Mental Status Examination, 1993).
- Bartels-Velthuis, A., Blijd-Hoogeewys, E. & Van Os, J. (2011). Better theory-of-mind skills in children hearing voices mitigate the risk of secondary delusion formation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124. 193-197. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01699.x.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bowers, L., Brennan, G., Winship, G., Theodoridou, C. (2009). *Talking With Acutely Psychotic People – communication skills for nurses and others spending time with people who are very mentally ill*. London: City University London.

---

<sup>30</sup>Por questões de confidencialidade de informação omite-se referência da instituição.



- Cordeiro, J. C. (2009). *Manual De Psiquiatria Clínica*. (4ª ed.), Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, Maria da C. (1997). *No Reino das Fadas*. Lisboa: Fim de Século.
- Dhossche, D., Ferdinand, R., Van Der Ende, J., Hofstra, M. & Verhulst, F. (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 32, 619-627. DOI: 10.1017/S003329170200555X.
- Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. **D.R I Série – A. 205** (04-09-1996) 2959-2962.
- Fonseca-Pedrero, E., Santarén-Rosell, M., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S. & Muñiz, J. (2011). Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Actas Esp Psiquiatr*. 39 (3). 155-162.
- Guerra, M. P.; Lima, L.(2005) – *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M. (2006). *Guia Prático de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Marques, M. E. (2005). Avaliação psicológica do adolescente e do risco. *Análise Psicológica*. 1 (XXIII):19-26.
- Manes, S. (2011). *83 Jogos Psicológicos para Dinâmicas de Grupos*. Lisboa: Paulus.

- Masi, G., Mucci, M. & Pari, C. (2006). Children with Schizophrenia: clinical Picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*. 20 (10). 841-846.
- Mazet, P. & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory- middle range and specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing Company.
- Meleis, A. (2005). *Theorical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moshman, D. (2011). Adolescents Are Young Adults, Not Immature Brains. *Psychology Press*, 15 (4), 171-174. **DOI:** 10.1080/10888691.2011.618098.
- NIMH (2003). *Early intervention for people with psychosis*. England: National Institute for Mental Health in England.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orygen, Youth Health (2002). *The Early Diagnosis and Management of Pshychosis: a Booklet for General Practitioners*.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Piaget, J. (2000). *Seis Estudos de Psicologia*. Porto: Publicações Dom Quixote.

- Rajapakse, T., Garcia-Rosales, A., Weerawardene, S., Cotton, S. & Fraser, R. (2011). Themes of delusions and hallucinations in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 254-258. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2011.00281.x.
- Ribeiro, J. (2012). As Emoções Comandam a Psicose?. *PsiLogos*. 10 (2). 37-56.
- Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling* (B. Tomé, S. V. Larga, Trad.). Fanhões: Encontro (Tradução do original Counselling with Returned Servicemen, 1946).
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R., Heinimaa, M., Linszen, D., Dingemans, P., ..., Klosterkötter, J. (2010). Prediction of Psychosis in Adolescents and Young Adults at High Risk: Results from the Prospective European Prediction of Psychosis Study. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3), 241-251.
- Sampaio, D. (2010). Imagem Corporal e Excesso de Peso em Adolescentes. Dissertação de Mestrado. Apresentada na Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. G., Pereira-Gouveia, M., Santos, N. & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*. 2 (XVIII). 139-155.
- Saraiva, C. (2006). Desenvolvimento e Adolescência. In C. Saraiva. *Estudos Sobre o Para-Suicídio: O que Leva os Jovens a Espreitar a Morte* (pp.141-148). Coimbra: Redhorse.
- Sims, A. (2011). *Sintomas da Mente – Introdução à Psicopatologia Descritiva*. (4ª ed.) Lisboa: Libri-Faber.



Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (2009). *Manual de Boas Práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Porto: SPESM.

Sprinthall, N. & Collins, W. (2008). *Psicologia do Adolescente*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stuart, G. W. ; Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática*. (6ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora.

The Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis Program (2013). *Preventing Psychosis in Young People: The Promise of Early Identification and Care*. Portland: Robert Wood Johnson Foundation.

Tilman, R., Geller, B., Klages, T., Corrigan, M., Bolhofner, K. & Zimmerman, B. (2008). Psychotic phenomena in 257 young children and adolescents with bipolar I disorder: delusions and hallucinations (benign and pathological). *Bipolar Disorders*. 10. 45-55.

Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª edição), Loures: Lusociência.

Van Meijel, B. (2003). *Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia: A Nursing Intervention Study*. The Netherlands: Labor Grafimedia BV, Utrecht.

Vidigal, M. (2006). *Pensar a esquizofrenia na criança*. Lisboa: Trilhos Editora.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Weiner, I, (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

